

## 정책명: 재정 지원 정책

### 목적

본 정책의 목적은 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 포함하여 미보상 환자 및 일부 보상 환자에 대한 지침을 제공하는 것입니다.

### 정의

FPL: 연방 빈곤 한도

부분 보험 가입 - 치료를 위한 보험 보장범위 수준

보험 미가입 - 보험에 가입되어 있지 않은 개인

가족 소득-가구의 가족 총소득

재정 지원: 환자의 지급 불능에 근거하여 자선단체에서 승인된 경우.

케어 부담금 - U of U Health에서 제공하는 할인 혜택은 보험 미가입 환자들의 재정적 부담을 덜어주기 위한 것입니다.

AGB - 일반적으로 청구되는 금액. 12개월까지 역산하는 방식을 사용하여, 허용 가능한 총 보험금을 보험에 청구된 요금으로 나누어 계산합니다.

### 범위

유타 보건대학(이하 'U of U Health')이 자금이 없거나 부족한 환자/보증인에 대한 임무와 약속을 일관되게 이행하도록 보장합니다. 재정적 의무를 이행할 수 없는 환자/보증인을 위해 재정 지원이 제공됩니다. 의료상 필요성 및 부서 재정 승인 정책이 적용됩니다. 메디케이드 및 빈곤케어 프로그램 서비스 청구에 대한 재정 지원을 위해 미보장 요금 및 미허용 요금을 고려할 수 있습니다.

### 설명

- A. 재정 지원은 환자/보증인이 제공된 서비스에 대해 지급할 수 없거나 제공된 서비스에 대해 부분적으로만 지급할 수 있는 치료로 정의됩니다. 재정 지원 신청 이전에 지급한 금액은 지급 능력이 이미 입증되었으므로 포함되지 않습니다. U of U Health는 FPL 소득\*에 기반한 지원을 위해 차등제를 사용하여 부분 또는 전체 지원 여부를 결정하며, 해당 척도는 FPL 소득의 300%를 초과하지 않습니다(아래 표 참조).

FPL %	Assistance Discount
≤ 150%	Full Charity (100%)
151% to 200%	99% - 67%
201% to 250%	67% - 33%
251% to 299%	33% - 1%

재정 지원 승인은 가구 소득, 가구 규모 및 확립된 실사 절차를 기반으로 합니다. 가구 규모는 부양가족 결정을 위한 IRS 지침과 유사한 다음의 지침에 따라 결정됩니다.

1. U of U Health는 재정 지원 수혜 자격을 결정하기 위해 다음 문서를 요청할 수 있습니다.
  - i. 작성이 완료된 재정신청서 서식
  - ii. 현재의 재정 상태를 설명하는 편지
  - iii. 현재의 입출금 명세서 사본
  - iv. 전년도 세금 신고서 사본
  - v. 최근 2개월분 급여명세서 및/또는 기타 소득 증빙자료 사본
- B. U of U Health는 특정 환자가 재정지원신청서를 작성할 수 없거나, 서류 요청을 준수하지 못하거나, 신청 절차에 대응하지 못할 수 있음을 이해합니다. 그 결과 정식으로 지원신청서를 작성하지 않은 상황에서 환자의 재정 지원 자격이 성립될 수 있습니다. 이러한 상황에서 U of U Health는 재정적 필요성을 개별적으로 평가하기 위해 다른 정보 출처를 활용할 수 있습니다. 신용조사기관 보고서 또한 적격성 결정에 활용될 수 있습니다. 이 정보를 통해 U of U Health는 환자가 직접 제공한 정보가 없을 때 이용 가능한 최선의 추정치를 활용함으로써, 대응이 없는 환자의 재정적 필요성에 대하여 정보에 입각한 결정을 내릴 수 있습니다.
- C. 필요한 정보를 받지 못한 경우, 잔액은 유타 보건대학 자체 지급금 징수 정책(Self Pay Collection Policy)에 명시된 바와 같이 환자/보증인의 책임입니다.
- D. 빈곤층에 제공되는 미보상 의료비는 일반적으로 인정되는 회계원칙에 따라 U of U Health Hospital 및 UUMG의 내부 및 외부 재무제표에 계획, 예산책정 및 보고되어야 합니다. 방문 환자에 대한 일반적인 청구 금액(AGB)은 역산 방식에 의해 결정됩니다(유타 보건대학 시설의 현재 AGB는 47%). 수혜 자격 결정 후에 청구되는 금액은 일반적인 청구 금액보다 많지 않을 것입니다.
- E. 병원 CFO 또는 의료 책임자는 필수 기준을 충족하지 않는 재정 지원을 승인 또는 거부할 권한이 있습니다.
- F. 재정 지원 기간은 6개월을 초과하지 않습니다. 6개월이 경과한 후에도 지속적인 지원이 필요한 경우, 환자/보증인은 6개월마다 재신청해야 하고 자격 요건을 충족해야 합니다. 병원은 후속 검토에서 이전의 재정 신청을 고려하지 않습니다.
- G. 재정지원신청서, 자기부담금 청구서 및 징수정책의 사본 또는 본 정책의 평이한 언어 요약본은 다음을 통해 받을 수 있습니다.

1. 전화: (801) 587-6303
2. 웹사이트 <http://healthcare.utah.edu/bill/#hardship>
3. 재정 상담 사무소
4. 비즈니스 서비스 빌딩 사무소
5. 신청서는 반드시 우편 PO Box 841482, Los Angeles, CA 90084-1482, 또는 팩스 (801)213-3385, 또는 이메일 [billing@healthcare.utah.edu](mailto:billing@healthcare.utah.edu) 중 하나를 통해 제출해야 합니다

H. 재정 지원 대상이 아닌 서비스

1. 현금 기반 서비스
2. 비응급 치과 서비스
3. 병원 자원의 오용
4. 제약 서비스의 오용
5. 사용 가능한 자금에 대한 신청 또는 이행 거부
6. South Main Clinic에서 제공되는 서비스

차별금지. U of U Health는 U of U Health가 직접 수행하거나 계약자 또는 에이전트를 통해 수행되는 프로그램 및 활동에 따른 서비스와 혜택의 승인, 참여, 또는 수령에 있어서 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 성적 지향, 성 정체성/표현, 유전적 정보, 보호받는 참전용사 신분 또는 장애나 연령에 근거하여 특정인에 대한 배제, 혜택 거부 또는 기타 차별을 하지 않습니다. 본 정책에 관한 자세한 내용은 다음에 안내된 University의 ADA/Section 504 Coordinator 연락처로 **문의하십시오.** **기회균등** **및** **차별** **철폐** **조처(OEO/AA)** **사무국장** (801) 581-8365(음성/TTY), (801) 585-5746 (팩스), 또는 Relay Utah 711 또는 수신자부담전화: (800) 735-2258 또는 스페인어 Relay Utah: (888) 346-3162.