Northern Light Health 병원 서비스 재정 지원 정책
(2026년 6월 26일)

정의

일반 청구 금액(Amount Generally Billed, AGB): 해당 치료를 보장하는 보험이 있는 개인에게 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 일반적으로 청구되는 금액. Northern Light Health는 각 회원 조직 병원에 대해 매년 AGB를 산정합니다. Northern Light Health는 각 회원 조직 병원에서 적절하다고 판단한 대로 AGB를 산정하기 위해 소급 방식 또는 예측 방식을 사용할 수 있습니다.

- 소급 방식에서 Northern Light Health는 해당 회원 조직 병원이 이전 회계연도 동안 모든 민간 보험 및 Medicare로부터 받은 총 지급액을 계산한 후, 같은 기간 동안 해당 민간 보험 및 Medicare 가입자에게 제공한 서비스에 대한 병원의 총 청구액으로 나누어 AGB를 산정합니다.
- 예측 방식에서 Northern Light Health는 환자가 Medicare 또는 Medicaid 가입자인 경우 병원이 적용하는 것과 동일한 코딩 및 청구 절차를 사용하여 Medicare의 행위별 수가제 또는 Medicaid가 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 허용할 것으로 예상되는 금액을 추정하여 AGB를 산정합니다. 이 방식에 따른 AGB 금액에는 보험자의 지급액과 함께 공제액, 공동보험료, 자기부담금 등 환자가 부담해야 하는 비용 분담 금액도 포함됩니다.
- Northern Light Health의 AGB 산정 방법에 대한 무료 서면 설명과 특정 Northern Light Health 회원 조직 병원에 적용되는 AGB는 요청 시 제공받거나 http://northernlighthealth.org/billing-help에서 확인할 수 있습니다.

신청 기간(Application Period): Northern Light Health가 재정 지원 신청서를 접수하고 처리해야 하는 기간. 신청 기간은 Northern Light Health 회원 조직 병원이 개인에게 진료를 제공한 날부터 시작되며, 해당 진료에 대한 첫 번째 퇴원 후 청구서가 제공된 날로부터 최소 240일이 지난 이후에 종료됩니다.

선택적 미용 수술(Elective Cosmetic Surgery): CMS Medicare Hospital Manual 섹션 250.11. 미용 수술은 외모 개선을 목적으로 시행되는 모든 외과적 시술을 포함합니다. 다만, 우발적 부상을 신속하게(즉, 의학적으로 가능한 한 빠르게) 복구하기 위해 필요한 경우 또는 기형이 있는 신체 부위의 기능을 개선하기 위해 필요한 경우는 제외됩니다.

응급 치료(Emergency Care):

- 개인이 응급실(Emergency Department, "ED")에 내원하여 어떠한 의학적 상태에 대해서든 검사 또는 치료를 요청하는 경우, 또는
- 환자가 사전에 예약하지 않아도 긴급하게 응급 의료 상태에 대한 진료를 제공하는 장소로 (명칭, 안내판, 광고 또는 기타 수단을 통해) 일반 대중에게 알려져 있는 진료과 또는 진료 기관(예: 긴급 진료 센터, 병원 외부에 위치한 분만실 등)에서 치료를 받는 경우.

특별 추심 조치(Extraordinary Collection Actions, ECA): 본 정책(FAP)에 따라 보장되는 진료비의 지급을 받기 위해 개인 또는 해당 진료에 대한 회원 조직 병원의 청구서에 대해 책임을 수락했거나 책임을 져야 하는 다른 개인을 대상으로 취하는 다음과 같은 조치:

(i) 개인의 채무를 제3자에게 매각하는 행위, (ii) 소비자 신용평가기관 또는 신용조회기관에 개인의 부정적인 신용 정보를 보고하는 행위, (iii) 법적 또는 사법적 절차가 필요한 조치(예: 개인의 재산에 유치권을 설정하는 행위, 개인의 재산을 압류하는 행위, 개인의 임금을 압류하는 행위).

ECA에는 환자의 부상을 초래한 제3자를 상대로 환자가 제기한 소송에서 발생한 합의금, 판결금 또는 화해금의 수익금을 확보하기 위해 회원 조직 병원이 환자의 재산에 병원 유치권을 설정하는 행위는 **포함되지 않습니다**.

또한 ECA에는 회원 조직 병원이 개인의 채무를 다른 당사자에게 매각하는 행위도 **포함되지 않습니다**. 단, 매각 전에 회원 조직 병원이 채무 매수인과 다음의 네 가지 조건이 포함된 법적 구속력이 있는 서면 계약을 체결한 경우에 한합니다.

1. 채무 매수인은 해당 채무의 변제를 받기 위해 어떠한 ECA도 시행하지 않는다는 것에 동의해야 합니다.
2. 채무 매수인은 채무가 매각되는 시점에 섹션 6621(a)(2)에서 적용되는 이자율(또는 국세청 공보에 공지 또는 기타 지침으로 게시된 다른 이자율)을 초과하는 이자를 해당 채무에 부과하지 않는다는 것에 동의해야 합니다.
3. 회원 조직 병원 또는 채무 매수인이 판단하기로 해당 개인이 FAP 적격 대상자인 경우 해당 채무는 회원 조직 병원으로 반환하거나 회수할 수 있어야 합니다.
4. 해당 개인이 FAP 적격 대상자(아래 정의 참조)로 판정되었으나 채무가 회원 조직 병원으로 반환 또는 회수되지 않은 경우, 채무 매수인은 계약에 명시된 절차를 준수하여 해당 개인이 FAP 적격 대상자로서 실제 부담해야 하는 금액을 초과하여 채무 매수인과 회원 조직 병원에 합산해 지급하지 않으며, 그러한 초과 금액을 지급할 의무도 부담하지 않도록 해야 합니다.

ECA에는 파산 절차에서 채권을 신고하는 행위도 **포함되지 않습니다**.

가족(Family): 가족이란 출생, 혼인 또는 입양으로 관계가 형성된 두 명 이상의 사람이 함께 거주하며, 그들 사이에 법적인 부양 책임이 있는 집단을 의미합니다. 이러한 관계에 있는 모든 사람은 하나의 가족으로 간주됩니다.

가족 소득(Family Income): 총임금, 급여, 배당금, 이자, 사회보장 급여, 산재보상금, 재향군인 급여, 훈련 수당, 군인 수당, 동일 가구에 거주하지 않는 가족 구성원으로부터 정기적으로 받는 부양금, 정부 연금, 개인 연금, 모든 보험 수입 및 연금 지급금, 임대료 수입, 로열티, 유산 및 신탁에서 발생하는 소득. 모든 형태의 자영업 소득도 포함됩니다.

FAP 적격 대상자(FAP-Eligible Individual): FAP에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 개인(해당 개인이 실제로 FAP에 따른 지원을 신청했는지 여부와 관계없음).

연방 빈곤 수준(Federal Poverty Level, FPL): 미국 보건복지부(United States Department of Health and Human Services)에서 결정하여 연방관보(Federal Register)에 공표하는 연방 빈곤 소득 기준입니다. **재정 지원 신청서(Financial Assistance Application):** 본 정책의 섹션 III에 명시된 절차에 따라 작성된 신청서.

총 청구액(Gross Charges): 회원 조직 병원이 계약상 공제, 할인 또는 기타 공제를 적용하기 전에 환자에게 일관되고 동일한 기준으로 청구하는 의료 서비스의 정식 책정 금액.

메인주 거주자(Maine Resident): 메인주에 무기한 거주할 의사를 가지고 거주하는 사람 또는 영구직, 임시직, 계절직 또는 기타 고용 약정을 위해 메인주에 입주했거나 구직 중인

사람. 메인주 거주자에는 관광객 또는 방문객으로 일시적으로 메인주에 체류하는 사람은 포함되지 않습니다.

소득(Income): 수정 조정 총소득(Modified Adjusted Gross Income, MAGI): 무료 또는 할인 진료의 자격을 결정하기 위한 목적으로 42 CFR 435.603(e)에 따라 총소득을 계산하는 방법.

자격은 다음 방법 중 하나로 산정할 수 있습니다.

(1) 자격 판정일 이전 3개월 동안의 환자 가족 소득에 4를 곱함, 또는

(2) 자격 판정일 이전 12개월 동안의 환자의 실제 가족 소득을 사용함

의학적으로 필요한 치료(Medically Necessary Care): 다음 요건을 모두 충족하는 의료 서비스 또는 의료용품:

1. 의사가 처방하였으며 의학적 또는 정신 건강 상태의 증상, 진단 또는 치료에 적절하고 필요함
2. 의학적 또는 정신 건강 상태의 진단 또는 직접적인 진료 및 치료를 위해 제공됨
3. 해당 서비스 지역의 의료 및 정신 건강 분야에서 인정되는 적절한 의료 관행의 기준을 충족함
4. 주된 목적이 환자 또는 의료 제공자의 편의를 위한 것이 아님, 및
5. 안전하게 제공할 수 있는 가장 적절한 수준의 서비스 또는 의료용품이거나, 필요한 경우 이용 심사 절차를 통해 결정된 서비스 또는 의료용품

수정 조정 총소득(Modified Adjusted Gross Income, MAGI): 무료 또는 할인 진료의 자격을 결정하기 위한 목적으로 총소득을 산정하는 방법.

복수 가족 가구(Multiple Family Household): 하나의 가구에 둘 이상의 가족 및/또는 서로 친족 관계가 없는 둘 이상의 개인이 포함된 경우에는 소득 기준을 가구 전체에 적용하지 않고, 각 가족 및/또는 친족 관계가 없는 각 개인에게 각각 별도로 적용합니다.

목적

본 정책은 무료 진료와 할인된 진료비에 관한 사항을 규정하며, 재정적으로 책임 있는 방식으로 부담 가능한 고품질 의료 서비스를 제공하려는 Northern Light Health의 의지를 뒷받침합니다. 재정 지원의 제공은 Northern Light Health의 사명, 비전 및 가치를 실현하기 위해 일관되고 적절하며 필수적인 요소입니다.

정책

서비스를 제공하는 지역사회의 건강과 복지를 증진하기 위해, 다양한 공적 지원 프로그램의 지원 대상이 아니면서 재정적 자원이 제한된 무보험자 또는 보험 보장이 충분하지 않은 개인은 본 정책에 명시된 기준에 따라 무료 또는 할인된 의료 서비스를 신청할 수 있습니다. 본 정책의 목적은 실제로 도움이 필요하며 비용을 부담할 능력이 가장 낮은 사람들에게 재정 지원을 제공하는 것입니다.

Northern Light Health는 별도의 청구 및 추심 정책(시스템 정책 16-009, Northern Light Health 병원 서비스에 대한 청구 및 추심)을 운영하고 있으며, 이 정책에는 진료비가 지급되지 않은 경우 Northern Light Health가 취할 수 있는 조치가 기재되어 있습니다.

I. 제한 사항

A. 본 정책은 다음 대상에게 적용됩니다.

1. 환자의 재정 상태와 관계없이 의료 제공자의 임상적 판단에 따라 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 받은 메인주 거주자로서 섹션 II의 요건을 충족하는 개인.
2. 거주지와 관계없이 응급 치료를 받고 섹션 II의 요건을 충족하는 개인.

B. 재정 지원과 관련하여 다음 사항을 유의합니다.

1. 건강보험을 제공하지 않습니다.
2. 건강보험을 대체하거나 보완하는 역할을 하지 않습니다.
3. 급여를 보장하지 않습니다.
4. Northern Light Health 비소속 의료 제공자(제3자)가 제공한 의료 서비스는 보장하지 않습니다.
5. 규정 또는 임상적 사유(예: 가정폭력 가해자 중재 프로그램, 마약류 치료 프로그램)에 따라 요구되는 최소 자기부담금의 납부를 면제하지 않습니다.
6. 선택적 미용 수술을 보장하지 않습니다.

II. 무료 또는 할인 진료의 자격

A. **NHSC 지정 운영 기관[1](지정 중환자 접근 병원(Critical Access Hospitals, CAH) 및 농촌 보건 클리닉(Rural Health Clinics, RHC))**

i. 다음 요건을 충족하는 메인주 거주자는 <u>의학적으로 필요한 치료</u>에 대한 재정 지원을 받을 수 있습니다.

- 건강보험이 없거나 보험이 진료비의 일부만 부담하는 경우

  및
- 아래에 명시된 소득 기준을 충족하는 경우

ii. 다음 요건을 충족하는 메인주 거주자 <u>및</u> 메인주 비거주자는 <u>응급 치료</u>에 대한 재정 지원을 받을 수 있습니다.

- 건강보험이 없거나 보험이 진료비의 일부만 부담하는 경우

  및
- 아래에 명시된 소득 기준을 충족하는 경우

Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래 정의된 기준에 따라 100% 재정 지원(무료 진료)을 제공합니다.

- 총소득이 수정 조정 총소득(MAGI) 방법으로 산정한 FPL의 200% 이하이며, 승인을 받은 경우
- 환자가 메인주 거주자인 경우

[1] 국가보건의료지원단(National Health Service Corps, NHSC)은 농촌 보건 클리닉 및 중환자 접근 병원에서 근무하는 자격을 갖춘 의료 전문가를 대상으로 학자금 대출 상환을 지원합니다.

- 메인주 비거주자가 응급 치료를 받는 경우
- 의학적으로 필요한 서비스 또는 의료용품인 경우

Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래 기준에 따라 환자의 월 가족 소득 중 메인주 법에 따라 압류 또는 임금 압류의 대상이 아닌 금액을 제외한 소득의 4%를 초과하지 않는 소득 연계 월별 분할 납부 계획을 제시합니다.

- 총소득이 수정 조정 총소득(MAGI) 방법으로 산정한 FPL의 400% 이하이며, 승인을 받은 경우
- 환자가 메인주 거주자인 경우
- 메인주 비거주자가 응급 치료를 받는 경우
- 의학적으로 필요한 서비스 또는 의료용품인 경우

iii. 재정 지원을 받을 자격이 있는 개인에게는 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 산정된 AGB를 초과하여 청구하지 않습니다.

iv. 환자가 이용 가능한 보험 보장, MaineCare 및/또는 제3자 지원 제도를 신청할 수 있도록 지원하고 신청을 권장합니다.

B. 기타 모든 기관

i. 다음 요건을 충족하는 메인주 거주자는 <u>의학적으로 필요한 치료</u>에 대한 재정 지원을 받을 수 있습니다.
   - 건강보험이 없거나 보험이 진료비의 일부만 부담하는 경우
     및
   - 아래에 명시된 소득 기준을 충족하는 경우

ii. 다음 요건을 충족하는 메인주 거주자 <u>및</u> 메인주 비거주자는 <u>응급 치료</u>에 대한 재정 지원을 받을 수 있습니다.
   - 건강보험이 없거나 보험이 진료비의 일부만 부담하는 경우
     및
   - 아래에 명시된 소득 기준을 충족하는 경우

Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래 정의된 기준에 따라 100% 재정 지원(무료 진료)을 제공합니다.

- 총소득이 수정 조정 총소득(MAGI) 방법으로 산정한 FPL의 200% 미만이며, 승인을 받은 경우
- 환자가 메인주 거주자인 경우
- 메인주 비거주자가 응급 치료를 받는 경우
- 의학적으로 필요한 서비스 또는 의료용품인 경우
- 모든 제3자 지급인의 지급 가능성을 확인한 경우

Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래 정의된 기준에 따라 소득 연계 월별 분할 납부 계획(개인 월 소득의 4%를 초과하지 않음)을 제공합니다.

- 총소득이 수정 조정 총소득(MAGI) 방법으로 산정한 FPL의 400% 이하이며, 승인을 받은 경우
- 환자가 메인주 거주자인 경우
- 메인주 비거주자가 응급 치료를 받는 경우
- 의학적으로 필요한 서비스 또는 의료용품인 경우
- 모든 제3자 지급인의 지급 가능성이 모두 소진된 경우

iii. 재정 지원을 받을 자격이 있는 개인에게는 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 산정된 AGB를 초과하여 청구하지 않습니다.

절차

I. 재정 지원 적격 환자의 확인

A. 가능한 경우, 환자의 진료일 이전에 Northern Light Health 회원 조직 병원은 환자, 보증인 및/또는 그 법적 대리인과 입원 전 면담을 진행합니다. 입원 전 면담을 할 수 없는 경우, Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래와 같이 재정 지원 이용 가능 여부를 서면으로 안내합니다.

a. **입원 서비스** – 서면 안내는 입원 시 제공해야 하며, 응급 입원의 경우에는 환자 퇴원 전에 제공해야 합니다.

i. 응급 입원의 경우, 필요한 의료 서비스가 제공되기 전에는 Northern Light Health의 지급 방법에 대한 평가를 실시해서는 안 됩니다.

b. **외래 서비스** – 서면 안내는 진료 제공 시 제공하거나 환자의 청구서에 포함하여 제공해야 합니다.

1. 최초 환자 면담 시에는 다음 정보를 수집해야 합니다.
   a. 일반적이고 포괄적인 인구 통계 정보, 및
   b. 기존의 모든 제3자 보장에 관한 완전한 정보

B. 모든 환자에게 재정 지원을 신청할 기회가 제공됩니다. 환자가 의료기관을 떠난 후 재정 지원을 요청하는 경우, 환자 계정 담당자는 환자/보호자에게 온라인 재정 지원 신청서에 접속하여 작성하는 방법을 안내합니다.

a. 환자/보호자가 인터넷을 사용할 수 없다고 하거나 종이 신청서를 요청하는 경우, 환자 계정 담당자는 재정 지원 신청서를 작성할 수 있도록 환자/보호자에게 우편으로 발송합니다.

C. 재정 지원 적격 환자의 확인은 신청 기간 중 언제든지 이루어질 수 있습니다.

D. 재정 상담사는 일반적으로 정상 업무 시간 동안 다음과 같은 서비스를 제공합니다.
   1. 사고 책임 보험 또는 COBRA와 같은 가능한 비용 지급원을 확인합니다.
   2. 회원 조직 병원의 무료 진료를 포함하여 주정부, 연방정부 또는 지방정부의 지원 프로그램 보상 대상 여부를 심사합니다.
   3. 환자가 연방정부 또는 주정부가 지원하는 건강보험 및 무료 진료 프로그램을 신청할 수 있도록 지원합니다.
   4. 재정과 관련된 모든 질문에 대해 상담합니다.
   5. 납부 약정을 체결합니다.
   6. 예상 진료비를 제시합니다.
   7. 요청이 있는 경우 환자에게 항목별 청구서를 제공합니다.

E. Northern Light Health 회원 조직 병원은 개인의 재정 지원 자격 여부를 판단하기 위해 다른 출처에서 얻은 정보를 활용할 수 있습니다.

II. 비보장 서비스 안내

A. 본 재정 지원 정책에 따라 보장되지 않는 의료 서비스, 치료, 시술 또는 검사를 제공하기 전에 병원은 해당 서비스가 보장 대상이 아니라는 사실을 환자에게 사전에 서면으로 안내해야 합니다.

B. 보장 제외에 대한 사전 안내가 제공되지 않은 경우, 병원은 해당 서비스에 대해 환자에게 비용을 청구해서는 안 됩니다. 다만, 해당되는 경우에는 이러한 서비스에 대해 환자의 건강보험사에 청구하는 것은 허용됩니다.

III. 지역사회에 재정 지원 정책을 널리 알리기 위한 조치

Northern Light Health 및 그 회원 조직은 재정 지원에 관한 환자 안내와 관련하여 적용되는 모든 법률, 규칙 및 규정을 준수하며, 여기에는 다음 사항이 포함됩니다.

A. 무료 진료 또는 재정 지원 이용 가능 여부에 관한 정보가 포함된 안내판과 개별 안내문을 회원 조직 병원의 주요 공공장소에 비치합니다. 여기에는 중앙 등록/환자 이용 구역, 응급실 대기 구역, 클리닉 위치, 회원 조직 병원 소속 의사의 진료실 대기실, 재정 상담사 위치 및 사무소가 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

B. 본 정책, 재정 지원 신청서 및 이해하기 쉬운 요약본의 인쇄본은 위 (A)에 명시된 장소에서 제공되며, 접수 또는 퇴원 절차의 일환으로 환자에게 제공합니다.

C. 브로슈어 등과 같은 정보는 환자 서비스/자료집 및/또는 환자 접수처에서 확인할 수 있으며, 전화, 인터넷 또는 직접 방문을 통해 요청 시에도 제공됩니다.

D. 모든 청구서에는 본 정책 및 재정 지원 신청 절차에 대한 정보를 제공할 수 있는 회원 조직 병원 사무실 또는 부서의 전화번호와 본 정책, 재정 지원 신청서 및

이해하기 쉬운 요약본을 확인할 수 있는 URL 또는 웹 주소를 포함하여 재정 지원 이용 가능 여부에 관한 안내가 눈에 잘 띄는 곳에 포함되어 있습니다. 또한 청구서에는 청구 금액에 대해 이의를 제기하는 절차에 관한 정보도 포함됩니다.

E. 본 정책, 재정 지원 신청서 및 이해하기 쉬운 정책 요약본을 포함하되 이에 국한되지 않는 재정 지원 제공과 관련된 모든 공개 정보 및/또는 서식은 해당 의료기관의 서비스 지역에 적합한 언어를 사용합니다. 공개 정보, 서식 및/또는 안내 표지는 영어 능력이 제한된 인구를 위해 번역됩니다. 회원 조직 병원이 서비스를 제공하는 지역사회에서 1,000명 이상 또는 전체 인구의 5%(둘 중 더 적은 기준)가 영어 이외의 언어를 사용하는 경우 해당 언어의 번역본이 제공됩니다.

F. 재정 지원 신청서, 작성 안내, 이해하기 쉬운 요약본 및 별도의 청구 및 추심 정책은 http://northernlighthealth.org/billing-help에서 확인할 수 있습니다.

G. Northern Light Health는 개인에 대해 ECA를 시작하기 최소 30일 전에 회원 조직 병원의 재정 지원 정책과 재정 지원 신청 절차에 대한 지원을 받는 방법을 해당 개인에게 구두로 안내하기 위해 합리적인 노력을 기울입니다.

H. 신청 기간 중 언제든지 환자가 비용을 지불할 수 없다는 의사를 표시하는 경우, 환자에게 재정 지원 이용 가능 여부를 안내하고 재정 지원 신청서를 제공합니다. 재정 지원 신청서 및 작성 안내는 http://northernlighthealth.org/billing-help에서 확인할 수 있습니다.

IV. 재정 지원 신청 방법

A. 환자는 재정 지원 신청서를 받아 작성하고, 자격 여부를 확인하는 데 필요한 모든 증빙 자료/문서를 제출해야 합니다. 재정 지원 신청서를 증빙하기 위해 필요한 자료/문서의 종류는 재정 지원 신청서 작성 안내에 나와 있습니다. Northern Light Health는 신청서 또는 증빙 서류에 대해 공증을 요구하지 않습니다.

B. 추정 자격 인정 – 환자의 재정 상황 및 과거 이력을 기준으로 재정 지원 자격이 있는 것으로 추정하여 결정하는 절차:
   1. 개인이 특정 주정부 프로그램(예: SNAP, TANF)의 지원 대상인 경우
   2. 개인이 현재는 Medicaid 자격이 있으나 진료 당시에는 Medicaid 자격이 없었던 경우
   3. 개인이 노숙자인 경우
   4. 개인이 사망했으며 병원 채무를 변제할 수 있는 것으로 알려진 유산이 없는 경우
   5. 개인이 강력범죄 피해자 보상법 또는 성폭력 피해자 보상법에 따라 주정부의 지원을 받을 자격이 있는 경우

C. 재정 지원 신청서의 승인 또는 거부 여부를 안내하는 공식 서신을 환자/보호자에게 우편으로 발송합니다. 신청이 전부 또는 일부 거부된 경우에는 해당 서신에 다음 사항을 포함합니다.
   1. 결정의 구체적인 사유
   2. 신청인이 거부 결정에 대해 공정한 심리를 받을 권리가 있다는 내용, 및
   3. 공정한 심리를 요청하는 방법에 대한 안내

D. Northern Light Health 회원 조직 병원 중 어느 한 곳에서 승인된 재정 지원 신청서는 승인일로부터 6개월간 다른 모든 Northern Light Health 회원 조직 병원에서도 추정 자격을 판단하는 근거로 활용됩니다. 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 예외로 합니다.
   1. 이후 입원 서비스를 받은 경우
   2. 소득이 변경된 경우
   3. 가족 구성원 수가 변경된 경우
   4. 고용 상태가 변경된 경우
   5. 환자가 Medicaid 자격 기준을 충족하게 된 경우

E. 개인은 어느 Northern Light Health 회원 조직 병원에든 연락하면 재정 지원 신청 절차에 대한 자세한 정보와 재정 지원 신청에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 회원 조직 병원 목록 및 연락처는 http://northernlighthealth.org/billing-help에서 확인할 수 있습니다.

F. 응급 의료 서비스를 받는 환자: Northern Light Health 회원 조직 병원은 본 정책에 따른 재정 지원 자격 여부와 관계없이 그리고 응급 의료 및 진통 중인 산모에 대한 치료법(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, "EMTALA")의 요구 사항에 따라 사회보장법 섹션 1867(42 U.S.C. 1395dd)에서 정의하는 응급 의료 상태에 대해 차별 없이 진료를 제공합니다. 이에 관한 자세한 내용은 시스템 정책 21-007, 응급 치료 및 전원 규정에 기재되어 있습니다. Northern Light Health 회원 조직 병원은 응급 의료 상태에 대한 치료를 받기 전에 환자에게 비용 지급을 요구하거나 차별 없이 응급 의료 서비스를 제공하는 데 방해가 되는 채무 추심 활동을 허용하는 등 환자가 응급 의료 서비스를 받는 것을 위축시키는 어떠한 행위도 하지 않습니다.

V. 특별 추심 조치(ECA)

A. ECA 개시 전 일반 요건

Northern Light Health 회원 조직 병원은 해당 진료에 대한 첫 번째 퇴원 후 청구서를 제공한 날부터 최소 120일이 경과하고 해당 개인에게 FAP에 대한 안내를 하기 전까지는 어떠한 ECA도 개시할 수 없습니다. 또한 개인을 상대로 ECA를 시행하기 전에 Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래 **섹션 1**에 따라 해당 개인이 FAP에 따른 재정 지원 대상인지 여부를 판단하기 위해 합리적인 노력을 기울여야 합니다. 환자가 회원 조직 병원과 만족할 만한 납부 약정을 체결한 경우에는 ECA를 시행할 수 없습니다. 마지막으로 ECA를 시작하기 전에 재무 담당 부사장 또는 그 지정인은 회원 조직 병원이 해당 개인이 FAP 적격 대상자인지 여부를 판단하기 위해 합리적인 노력을 기울였으며, 그 밖에도 Northern Light Health의 청구 정책을 준수했는지를 확인해야 합니다. 재무 담당 부사장 또는 그 지정인의 이러한 확인이 있기 전에는 어떠한 ECA도 개시할 수 없습니다.

1. 합리적인 노력

Northern Light Health 회원 조직 병원은 다음 중 어느 하나를 충족하는 경우, 해당 개인이 FAP에 따른 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 판단하기 위해 합리적인 노력을 기울인 것으로 간주됩니다. (i) 해당 개인이 추정 자격 인정 요건을 충족한다고 판단한 경우, 또는 (ii) 신청서를 접수한 날부터 15일 이내에 신청인에게 신청을 완료하기 위해 필요한 추가 정보나 서류가 있는 경우 이를 명확하게 설명하여 통지한 경우, 또는 (iii) 작성이 완료된 재정 지원 신청서를 접수한 날부터 45일 이내에 해당 개인에게 FAP에 대해 안내하고, 해당 개인이 제출한 모든 FAP 신청서(완전한 신청서와 미완성 신청서를 모두 포함)를 아래 절차에 따라 처리한 경우.

a. 추정 자격 인정을 결정하기 위해 회원 조직 병원은 해당 개인이 직접 제공한 정보가 아닌 다른 정보 또는 이전의 FAP 자격 판정 결과를 근거로 해당 개인이 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 판단해야 합니다. 해당 개인이 추정하기로 FAP에서 제공하는 가장 높은 수준의 지원보다 적은 수준의 지원만 받을 자격이 있는 것으로 판정되는 경우, 회원 조직 병원은 다음 사항을 모두 이행해야 합니다.
   i. 해당 개인에게 판정의 근거와 FAP에 따라 더 높은 수준의 지원을 신청하는 방법을 안내합니다.
   ii. ECA를 개시하기 전에 해당 개인이 더 높은 수준의 지원을 신청할 수 있도록 합리적인 기간을 제공합니다.
   iii. 해당 개인이 신청 기간 내에 더 높은 수준의 지원을 요청하는 완전한 FAP 신청서를 제출하는 경우, 아래 **섹션 3**에 기재된 절차를 수행합니다.
b. 개인에게 FAP에 대해 충분히 안내하기 위해 Northern Light Health 회원 조직 병원은 다음 사항을 모두 이행해야 합니다.

i. 하나 이상의 ECA를 개시하기 최소 30일 전에 다음 **모든** 방법으로 해당 개인에게 FAP를 안내합니다.
   1. 적격 대상자에게 재정 지원이 제공된다는 사실, Northern Light Health 회원 조직 병원이 비용 회수를 위해 사용할 예정인 ECA의 종류 및 ECA를 개시할 수 있는 기한을 명시한 서면 통지서를 제공합니다. 이 기한은 해당 서면 통지서를 제공한 날로부터 30일 이후여야 합니다.
   2. 서면 통지서에 FAP의 이해하기 쉬운 요약본을 함께 제공합니다.
   3. 해당 개인에게 FAP와 FAP 신청 절차에 대한 지원을 받는 방법을 구두로 안내하기 위해 합리적인 노력을 기울입니다.

ii. 해당 개인이 신청 기간 중에 **미완성** FAP 신청서를 제출한 경우, Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래 **섹션 2**에 설명된 추가 절차를 수행합니다.

iii. 해당 개인이 신청 기간 중에 **완성된** FAP 신청서를 제출한 경우, Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래 **섹션 3**에 설명된 추가 절차를 수행합니다.

2. 미완성 FAP 신청서가 제출된 경우의 추가 절차

a. 위 **섹션 1**에 기재된 안내 요건을 준수하는 것에 더하여, Northern Light Health 회원 조직 병원은 신청 기간 중 제출된 미완성 FAP 신청서를 접수한 날부터 15일 이내에 해당 개인에게 FAP 신청서를 완료하는 방법을 안내하고, 미완성 신청서를 접수한 날부터 30일 이내에 신청서를 완성할 수 있는 합리적인 기회를 제공해야 합니다. 이 요건을 충족하기 위해 Northern Light Health 회원 조직 병원은 다음 사항을 모두 이행해야 합니다.
   i. ECA를 개시하지 않으며, 이미 개시된 ECA에 대해서도 추가 조치를 취하지 않습니다.
   ii. 30일 이내에 다음 정보를 포함한 서면 통지서를 해당 개인에게 제공합니다.
      - FAP 또는 FAP 신청서에 따라 FAP 신청서를 완료하기 위해 제출해야 하는 정보 및/또는 증빙 서류에 대한 설명
      - 다음 기관의 연락처 정보(전화번호 및 실제 소재지 포함): (i) FAP에 관한 정보를 제공할 수 있는 회원 조직 병원 사무실 또는 부서, 및 (ii) (a) FAP 신청 절차에 대한 지원을 제공할 수 있는 회원 조직 병원 사무실 또는 부서, 또는 (b) 회원 조직 병원이 FAP 신청 지원이 가능한 기관으로 지정한 비영리 단체 또는 정부 기관 중 최소 한 곳

b. 해당 개인이 이후 신청 기간 내에 완성된 FAP 신청서를 제출하는 경우, Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래 **섹션 3**에 명시된 절차를 따라야 합니다.

3. **완성된 FAP 신청서가 제출된 경우의 추가 절차**
   a. 위 **섹션 1**에 기재된 안내 요건을 준수하는 것에 더하여, Northern Light Health 회원 조직 병원은 신청 기간 중 완성된 FAP 신청서를 제출한 개인에 대해 신청서를 접수한 날부터 45일 이내에 다음 사항을 모두 완료해야 합니다.
      i. ECA를 개시하지 않으며, 이미 개시된 ECA에 대해서도 추가 조치를 취하지 않습니다.
      ii. 해당 개인이 FAP에 따른 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 45일 이내에 결정합니다. 해당 개인이 재정 지원을 받을 자격이 있다고 결정된 경우 Northern Light Health 회원 조직 병원은 아래 **섹션 3.b.**에 명시된 조치도 함께 취해야 합니다.
      iii. 해당 개인이 받을 수 있는 지원 내용(해당하는 경우)과 자격 결정의 근거를 포함하여 자격 결정 결과를 45일 이내에 해당 개인에게 서면으로 통지합니다.
   b. 해당 개인이 FAP에 따른 재정 지원을 받을 자격이 있다고 결정된 경우, Northern Light Health 회원 조직 병원은 다음의 추가 조치를 취해야 합니다.
      i. FAP 적격 대상자로서 해당 개인이 부담해야 하는 금액을 초과하여 이미 납부한 금액이 있는 경우 이를 환불합니다. 다만, 환불 금액이 $5.00 미만인 경우에는 환불하지 않습니다. 환불은 해당 개인의 FAP 신청서와 관련된 진료 건에 대해 납부한 금액에 대해서**만** 이루어집니다.
      ii. 해당 진료비를 받기 위해 개인을 대상으로 시행한 모든 ECA를 되돌리기 위한 모든 합리적인 조치(예: 판결의 취소, 유치권 또는 압류의 해제, 신용보고서에서 불리한 신용 정보의 삭제)를 취합니다.
      iii. 해당 개인이 무료 진료 이외의 재정 지원을 받을 자격이 있는 경우에는 다음 사항이 포함된 청구서를 제공합니다. (i) FAP 적격 대상자로서 해당 개인이 해당 진료에 대해 부담해야 하는 금액, (ii) 해당 금액이 산정된 방법, (iii) 해당 진료에 적용되는 AGB.

VI. 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 의료 제공자 목록

Northern Light Health 재정 지원 의료 제공자 목록(http://northernlighthealth.org/billing-help)은 각 Northern Light Health 회원 조직 병원에서 응급 치료 및/또는 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 의료 제공자 목록을 포함하며, 이들 중 본 정책에서 보장되는 의료 제공자를 명시하고 있습니다. Northern Light Health는 의료 제공자 목록이 정확하고 최신 상태로 유지될 수 있도록 정기적으로 목록을 갱신합니다. 그러나 새로운 의료 제공자가 추가되었거나 의료 제공자의 본 정책 적용 여부가 변경되었음에도 해당 내용이 아직 목록에 반영되지 않은 경우가 있을 수 있습니다. 따라서 Northern Light Health는 가능하면 특정 의료 제공자에 대한 정보가 정확하게 반영되어 있는지 확인하기 위해 Northern Light Health의 재정 상담사와 상담할 것을 권장합니다.

VII. 모니터링 및 보고

A. 정기적인 보고서를 생성할 수 있는 재정 지원 신청서 관리 대장은 다른 필수 재무제표와 별도로 유지해야 합니다.
B. 재정 지원 활동은 제공된 서비스의 추정 비용을 기준으로 매년 지역사회에 보고됩니다.

참고 문헌

10-144 CMR ch. 150 무료 진료 지침
22 MRSA 1716 병원에서 제공하는 자선 진료 및 재정 지원 프로그램

별첨

(두 별첨 모두 http://northernlighthealth.org/billing-help 또는 본 정책 상단에 있는 외부 링크를 통해 확인할 수 있습니다.)
재정 지원 신청서
재정 지원 의료 제공자 목록

본 문서는 아래에 명시된 위원회에서 해당 일자에 승인되었습니다.

이사회, 2005년 4월 28일, 2007년 9월 25일(미공개), 2009년 8월 16일, 2011년 6월 16일, 2012년 6월 13일, 2014년 10월 8일, 2016년 6월 22일, 2017년 10월 4일, 2019년 10월 2일, 2020년 10월 7일, 2021년 6월 9일, 2023년 10월 11일, 2026년 5월 27일
이사회 거버넌스 위원회, 2011년 6월 1일, 2014년 10월 8일, 2016년 5월 4일, 2017년 9월 12일, 2019년 9월 18일, 2023년 9월 7일, 2026년 5월 27일
이사회 재정위원회, 2009년 5월 8일, 2014년 7월 30일, 2016년 5월 25일, 2017년 9월 13일, 2019년 9월 16일, 2020년 8월 20일, 2021년 6월 2일, 2023년 5월 31일, 2026년 1월 28일, 2026년 4월 29일
리더십 위원회, 2012년 6월 19일, 2014년 6월 17일, 2017년 9월 19일, 2020년 9월 1일, 2021년 4월 30일
재무협의회, 2014년 6월 5일, 2016년 3월 8일, 2017년 8월 8일, 2020년 7월 15일, 2021년 4월 30일, 2023년 3월 24일, 2025년 10월 17일, 2026년 4월 24일