

목적

Intermountain Health는 의료 서비스가 필요하지만 보험이 없거나 보험에서 보장하는 혜택이 충분하지 않거나 정부 프로그램 수혜 자격을 충족하지 않거나 그 외 가구 형편에 따라 '의학적으로 필요한' 치료에 대한 비용을 지불할 수 없는 분들에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다.

Intermountain Health는 지불 능력이나 재정 지원 또는 정부 지원 자격에 관계없이, 차별 없이 응급 질환이나 상태를 치료할 수 있는 서비스를 제공해 드립니다.

재정 지원은 프로그램 자격을 충족하고 Intermountain Health가 서비스를 제공하는 지역 중 하나에 거주하는 환자에게 제공됩니다. 재정 지원은 Intermountain Health가 서비스를 제공하는 지역 외의 환자 중 프로그램 수혜 자격을 충족하고 긴급, 응급 또는 생명을 위협하는 질환이나 상태에 있는 환자에게 차별 없이 제공됩니다.

Intermountain Health는 최신 연방 빈곤 지침을 활용하여 재정 지원 정책에 따른 자격을 결정합니다. 재정 지원 자격을 충족하는 환자는 본 정책에 따라 의료 비용을 전액 할인받거나 할인을 받을 수 있습니다. 의료 비용 고충 조항은 재정 지원 자격 기준을 초과하는 소득과 환자 가구 소득의 기준 비율을 초과하는 의료 비용을 청구받은 환자로 재정 지원을 확대합니다.

연방, 주 및 지역 법률에 의거해, 재정 지원은 환자 또는 환자의 보증인에게 제공됩니다. 재정 지원은 환자가 관련 재정 지원 또는 기타 형태의 지급금을 신청하기 위해 Intermountain Health 절차에 대한 협조를 조건으로 확대됩니다. 또한, 지불 능력에 따라 치료 비용도 부담하게 됩니다. 건강 보험에 가입할 재정적 능력이 있는 개인은 전반적인 건강을 위해 의료 서비스에 대한 접근성을 보장하는 수단으로 건강 보험에 가입하도록 권장받아야 합니다. 연방 및 주 Health Exchange(건강 거래소)를 통해 보험 또는 Medicaid 보장에 대한 접근성이 크게 확대되었습니다. 보험이 없는 환자는 Medicaid 또는 보험 보장 여부를 결정할 때 Intermountain Health와 협조해야 합니다.

재정 지원은 재정적 필요를 기준으로 하며 인종, 민족, 종교, 신념, 성별, 연령, 사회적 또는 이민 신분, 성적 지향 또는 보험 가입 상태를 고려하지 않습니다.

이에 따라, 본 서면 정책은:

- 재정 지원 자격 기준(의료 서비스에 대한 전액 또는 할인)을 포함합니다.
- 본 정책에 의거해 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 청구되는 금액을 계산하는 기준을 설명합니다.

- 환자가 재정 지원을 신청할 수 있는 방법을 설명합니다.
- Intermountain Health 에서 서비스를 제공하는 지역사회 내에서 정책을 널리 알릴 수 있는 방법을 설명합니다
- 재정 지원을 받을 자격이 있는 개인에게 제공되는 응급 의료 서비스 또는 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스에 대해 Intermountain Health 에서 청구하는 금액을 제한합니다. 해당 한도는 일반적으로 Medicare 에서 승인한 평균 비용을 기준으로 합니다.

범위: 본 정책은 Intermountain Health 에서, 또는 Intermountain Health 를 대신하여 일하는 모든 사람에게 적용됩니다. 본 정책은 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 모든 Intermountain Health 병원 시설, 의원, 고용된 의사에게 적용됩니다:

콜로라도

Good Samaritan Hospital, Lutheran Hospital, Platte Valley Hospital, Saint Joseph Hospital, and St. Mary's Regional Hospital

아이다호

Cassia Regional Hospital

몬태나

Holy Rosary Hospital, St. James Hospital, and St. Vincent Regional Hospital

유타

Alta View Hospital, American Fork Hospital, Bear River Valley Hospital, St George Regional Hospital, Fillmore Community Hospital, LDS Hospital, Layton Hospital, Logan Regional Hospital, McKay-Dee Hospital Center, Orem Community Hospital, Primary Childrens Hospital, Riverton Hospital, Sanpete Valley Hospital, Spanish Fork Hospital, Sevier Valley Hospital, Park City Hospital, Utah Valley Hospital, Cedar City Hospital, Heber Valley Hospital, Intermountain Medical Center, and The Orthopedic Specialty Hospital

자원에 대한 책임을 관리하고 Intermountain Health 가 도움이 필요한 사람에게 적절한 수준의 지원을 제공하기 위해 Intermountain 이사회는 다음과 같은 재정 지원 지침을 수립했습니다.

정의:

본 정책의 목적을 따라 다음 항목을 정의했습니다:

긴급 및 응급 의료 서비스 - 생명과 건강에 즉각적인 위협이 될 수 있는 심각한 의학적 상태의 진단 및 치료 서비스.

보증인 - 환자에게 청구된 금액을 지불할 책임이 있는 환자 이외의 개인.

보험에서 보장하는 혜택이 충분하지 않은 환자 - Intermountain Health 에서 제공하는 의료 서비스에 대해 예상되는 본인 부담금을 전액 지불하는 것이 재정적으로 어려운, 민간 또는 공공 보험에 가입한 개인.

보험이 없는 환자 - 상용 제 3자 보험사, ERISA 플랜, 연방 의료 프로그램(Medicare, Medicaid, SCHIP, CHAMPUS 를 포함하되 이에 국한되지 않음), 산재 보험 또는 기타 제 3자 지원을 통해 지불 의무를 이행하는데 도움이 되는 제 3자 보험이 없는 개인.

사망자 - 사망한 사람으로, 사망 후 유산의 처리, 유언장 공증 및 기타 절차에 사용되는 용어.

생존 배우자 - 환자 사망 시점의 환자의 배우자인 개인.

업무 대기(Work Queue, WQ) - 실행 가능한 목록 또는 대화형 보고서.

연방 빈곤 수준(FPL) - 특정 연방 프로그램 및 혜택에 대한 재정적 자격을 정의하는, 미국 보건부에서 매년 업데이트하고 발표하는 지침.

연방 빈곤 지침 - 미국 보건부는 미국법 타이틀 42 9902 조의 (2)항의 권한에 의거해, 매년 미국 연방 관보에 연방 빈곤 지침을 업데이트합니다. 현행 지침은 아래의 주요 출처 섹션에서 확인할 수 있습니다. Intermountain Healthcare 는 매년 4 월 1 일에 미국 연방 빈곤 표를 업데이트합니다.

의료 부담 - 연간 가구 소득이 연방 빈곤 지침의 500%를 초과하는 적격 환자와 연간 가구 소득의 25%를 초과하는 Intermountain Health 법인 또는 제공자가 제공한 의료 서비스로 인한 재정적 의무가 있는 환자에게 차등에 따라 할인을 제공하는 재정 지원.

의학적으로 필요 - Medicare 에서 질병 또는 부상의 진단 또는 치료에 합리적이고 필요한 서비스 또는 품목으로 정의됩니다.

일반 청구 금액(AGB) - 해당 의료 서비스를 보장하는 보험이 있는 개인에게 응급 의료 서비스 또는 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스에 대해 일반적으로 청구되는 금액. AGB 는 § 1.501(r)-5(b)에 의거해 "사후 검토 방법"(Look Back Method)을 통해 계산됩니다. (AGB 에는 의료 그룹 및 자택내 의료 서비스는 포함되지 않습니다)

재무 상담사 - 의료 서비스 비용에 관한 질문에 답변하고 지불 계획을 수립하거나 다른 형태의 재정 지원을 확인하여 환자 및/또는 보증인이 올바른 재정적 결정을 내릴 수 있도록 도와주는 서비스 제공자.

재정 지원 - Intermountain Health 에서 제공하는 의학적으로 필요한 서비스에 대해 예상되는 본인 부담금을 전액 지불하는 것이 재정적으로 어려우며, 관련 지원 자격 기준을 충족하는 환자에게 제공되는 지원.

전액 할인 의료 서비스 - a Intermountain Health 가 제공하는 의료 서비스에 대한 환자의 재정적 의무의 100% 면제. 연간 가구 소득이 연방 빈곤 지침의 250%를 초과하지 않는, 보험이 없거나 보험에서 보장하는 혜택이 충분하지 않은 환자는 전액 할인 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

총 청구 금액 - 매출에서 공제를 적용하기 전에 환자 치료 서비스 제공에 대한 조직의 정해진 요율 전체에 따른 총 청구 금액.

할인 의료 서비스 - 연간 가구 소득이 연방 빈곤 지침의 250% 이상 500% 미만인 적격 환자에게 할인된 비용으로 치료를 제공하는 재정 지원. 이 유형의 재정 지원은 Intermountain Healthcare 에서 제공하는 의료 서비스에 대해 해당 할인 혜택이 적용된 후 지불해야 할 금액을 제외한 환자의 재정적 의무를 면제합니다.

홈리스 - 거리에서 생활하거나 쉼터, 종교 시설, 방 1 개짜리 거주 시설, 폐건물 또는 차량, 기타 불안정하거나 비영구적인 상황에 처해 있을 수 있는, 영구 주거지가 없는 개인.

정책:

적격 서비스:

본 재정 지원 정책의 대상 서비스 및 품목에는 다음이 포함됩니다:

1. 응급 상황에서 제공되는 외상 및 응급 의료 서비스. 치료는 지불 방식이 결정되기 전에 환자의 상태가 안정될 때까지 계속됩니다.
2. 즉시 치료하지 않으면 환자의 건강 상태에 불리한 변화를 초래할 수 있는 상태에 대한 서비스.
3. 응급실이 아닌 환경에서 생명을 위협하는 상황에 대응해 제공되는 비선택적 서비스 및/또는
4. 기타 사전에 예정된, 의학적으로 필요한 서비스는 Intermountain Health의 재량에 따라 평가되고 승인됩니다.

환자에 대한 의료 서비스 제공에 관여하는 제공자는 여러 곳이 있습니다. 본 정책이 적용되는 제공자 목록은 공개 웹사이트, 아래 보조 자료 섹션의 첨부 파일 또는 서면 사본 요청을 통해 확인할 수 있습니다. 본 정책이 적용되지 않는 제공자의 경우 자체 재정 지원 정책 및 자격 요건이 있을 수 있습니다. 해당 프로그램에 대해 문의하려면 환자가 해당 제공자에 직접 문의해야 합니다.

재정 지원 대상에서 제외되는 서비스는 다음과 같습니다:

1. 미용 서비스를 포함하되 이에 국한되지 않는 의학적으로 필요하지 않은 선택적 절차. 제외되는 서비스 목록은 아래 보조 자료 섹션에서 확인할 수 있습니다.
2. Intermountain Health를 통해 청구되지 않는 기타 의료 서비스 제공자(예: 독립 의사 서비스, 개인 간호, 구급차 이송 등). 환자는 지원에 대해 문의하고 이러한 관행에 대한 지불 방식을 협상하려면 해당 서비스 제공자에게 직접 문의해야 합니다.

자격 및 지원 기준

재정 지원 자격은 본 정책에 의거한 재정적 필요의 결정에 따라 보험이 없거나 보험에서 보장하는 혜택이 충분하지 않아 의료 비용을 지불할 수 없는 개인에 대해 고려됩니다. Intermountain Health는 환자 자격을 결정할 때 인종, 성별, 연령, 성적 지향, 종교, 사회적 신분 또는 이민 신분 또는 환자 계정 기간을 고려하지 않습니다.

Intermountain Health는 연방, 주 및 지역 법률에 의거해 환자 또는 환자의 보증인에게 재정 지원을 제공합니다. 재정 지원은 재정적 필요에 근거해야 하며 인종, 민족, 종교, 신념, 성별, 연령, 사회적 신분 또는 이민 신분, 성적 지향 또는 보험 가입 상태는 고려하지 않습니다.

재정 지원 신청자는 제공되는 혜택을 이용하기 위해 공공 프로그램을 신청할 책임이 있습니다. 재정 지원 신청자는 Intermountain health 의 의료 서비스에 대해 공공 또는 민간 건강 보험을 적용해야 합니다. 관련 프로그램 및 확인 가능한 자금 출처(COBRA 보장(의료 혜택의 한시적 연장을 허용하는 연방법) 포함)를 신청하려면 환자 또는 환자 보증인의 협조가 필요합니다. InterMountain Health 가 COBRA 보장이 가능하다고 판단하고 환자가 Medicaid 또는 Medicare 수혜자가 아닌 경우 환자의 보증인은 월별 COBRA 보험료를 결정하는 데 필요한 정보를 InterMountain Health 에 제공해야 합니다. 이들은 보험 보장 혜택을 확보하는 데 도움이 되도록, 한시적으로 제공될 수 있는 Intermountain Health COBRA 보험료 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 Intermountain Health 직원에게 협조해야 합니다.

Medicaid 와 같은 의료 서비스 비용을 지불할 수 있는 프로그램 신청에 협조하지 않는 환자 또는 환자의 보증인은 재정 지원이 거부될 수 있습니다. Intermountain Health 는 환자 또는 환자의 보증인이 공공 및 민간 프로그램을 신청할 수 있도록 적극 노력할 것입니다.

연방 응급 의료 치료 및 노동법(EMTLA) 규정에 따라 응급 상황에서 서비스를 제공하기 전에 환자에게 재정 지원 또는 지불 정보에 대한 선별 작업을 수행해서는 안 됩니다.

전액 할인(무료) 의료 서비스: 적격 서비스의 경우, 다음 기준을 충족하는 환자 또는 환자의 보증인에게 전액 할인된 의료 서비스가 제공됩니다:

1. 기타 자격 기준을 충족하고 연간 가구 소득이 연방 빈곤 지침의 250%를 초과하지 않는 보험이 없는 환자 및 보험에서 보장하는 혜택이 충분하지 않은 환자 및
2. 지역, 주 또는 연방 법률에 의해 금지되지 않는 한, 민간 보험, 연방, 주 및 지역 의료 지원 프로그램, 제 3자가 제공하는 기타 형태의 지원을 포함하여 환자에 대한 다른 모든 지불 옵션을 소진한 경우.

할인 의료 서비스: 적격 서비스의 경우, 할인 의료 서비스는 다음 기준을 충족하는 환자 또는 환자의 보증인에게 제공됩니다:

- 기타 자격 기준을 충족하고 연간 가구 소득이 연방 빈곤 지침의 250%~500%인 보험이 없는 환자 및 보험에서 보장하는 혜택이 충분하지 않은 환자 및
- 민간 보험, 연방, 주 및 지역 의료 지원 프로그램, 제 3자가 제공하는 기타 형태의 지원을 포함하여 환자에 대한 다른 모든 지불 옵션을 소진한 경우.

할인 관련 정보는 재정 지원 환자 책임 매트릭스(첨부물 B)에 요약되어 있습니다

의료 부담: 재정 지원은 일반적으로 정해진 기준에 따라 제공되지만, 정상 참작이 가능한 상황에 따라 추가 지원이 필요한 경우가 있을 수 있음을 인지하고 있습니다.

적격 서비스의 경우, 다음 기준을 충족하는 환자 또는 환자의 보증인에게 할인 의료 서비스가 제공됩니다:

1. 환자 또는 환자의 보증인의 연간 가구 소득이 연방 빈곤 지침의 500%를 초과하는 경우
2. 환자 또는 환자의 보증인이 민간 보험, 연방, 주 및 지역 의료 지원 프로그램, 제 3자가 제공하는 기타 형태의 지원을 포함한 기타 모든 지불 옵션을 소진한 경우 및
3. Intermountain Health 제공자가 제공하는 의료 서비스로 인해 발생하는 환자 본인 부담금이 연간 가구 소득의 25%를 초과하는 경우.

의료 부담에 대한 자격 기준을 충족하는 환자 또는 환자의 보증인에 대해서는 Intermountain Health 청구 금액이 연간 가구 소득의 25%로 제한됩니다. 이 청구 금액 조정은 역년 기준으로 본 조항에 따라 자격을 갖춘 모든 의료 서비스에 적용됩니다.

무보험 할인: 재정 지원을 받을 자격이 없고 InterMountain Health 에서 제공하는 의학적으로 필요한 서비스에 대해 제 3자 보험이 없는 환자는 InterMountain Health 환자 할인 정책에 따라 할인을 받을 수 있는 것으로 간주됩니다.

지불 계획: 재정 지원 정책에 따라 치료 비용이 할인된 후 남은 잔액에 대해서는 Intermountain Health 와 환자 또는 환자 보증인 간에 합리적인 지불 계획이 수립됩니다.

응급 의료 서비스

Intermountain Health 의료 기관은 응급 치료를 요청하는 개인, 또는 환자가 요청할 수 없는 경우 대리인이 요청한 개인에게 응급 의료 상태의 존재 여부를 판단하기 위한 의학적 선별 작업을 수행해야 합니다.

Intermountain Health 의료 기관은 보험 보장 범위에 대한 지불 방법이나 환자의 시민권 신분 또는 법적 신분을 알아보기 위해 검사 및 치료를 지연하지 않아야 합니다.

Intermountain Health 의료 기관은 응급 의료 상태가 해결되거나 안정되고 퇴원 후 환자가 자가 간호를 할 수 있거나 그렇지 않은 경우 필요한 지속적인 간호를 받을 수 있을 때까지 응급 의료 상태를 가진 개인에게 의료 서비스를 제공해야 합니다. 입원 치료는 지불 능력에 관계없이 모든 환자에게 동등한 수준으로 제공됩니다. Intermountain Health 의료 기관은 입원 기간 중 환자의 보험이 취소되거나 기타 방식으로 지불이 중단된 경우 환자의 상태가 안정되기 전에 응급 의료 상태의 환자를 퇴원시키지 않습니다.

Intermountain Health 병원에서 응급 의료 상태를 치료할 수 없는 경우, 이를 치료할 수 있는 다른 병원으로 환자를 적절히 이송합니다.

환자에게 청구되는 금액 계산 기준

Intermountain Health 는 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스에 대해 보험이 있는 개인의 AGB 를 초과하는 금액을 청구하지 않습니다. 개인은 재무 상담 부서 또는 아래 보조 자료 섹션에 포함된 청구 사무실 연락처 링크에 문의하여 특정 시점에 유효한 AGB 비율을 요청할 수 있습니다.

Intermountain Health 는 이전 12 개월 동안 해당 청구 금액의 주 지불자로서 Medicare 및 모든 민간 건강 보험 회사가 전액 지급한 모든 청구 금액의 합계를 해당 청구에 대한 관련 총 청구액의 합으로 나누어 적어도 매년 사후 검토 방법(Look Back Method)을 사용하여 AGB 비율을 계산합니다.

재정 지원 신청

재정 지원 적격성은 Intermountain Health 정책과 재정적 필요 평가에 따라 결정됩니다. 보험이 없는 환자 및 보험에서 보장하는 혜택이 충분하지 않은 환자에게는 재정 지원 정책과 신청서 제출 절차에 대해 알려드립니다. 환자 또는 환자의 보증인은 가구 규모 및 소득에 대한 정보와 문서를 제공하여 재정 지원 신청에 협조할 책임이 있습니다.

Intermountain Health 는 먼저 환자 또는 환자의 보증인에게 Medicaid 및 기타 제공되는 공공 및 민간 프로그램의 혜택을 설명하고 서비스에 대해 보장하는 해당 프로그램에 대한 정보를 제공하기 위해 합리적인 노력을 기울일 것입니다. Intermountain Health 는 환자 또는 환자의 보증인이 자격이 있고 의료 서비스를 받고 비용을 지불하는 데 도움이 될 수 있는 공공 프로그램, 민간 프로그램, COBRA 보험을 신청할 수 있도록 적극 노력할 것입니다. 잠재적으로 적격한 것으로 확인된 환자는 해당 프로그램을 신청해야 합니다.

외부 보장 및 Intermountain Health 의 재정 지원 정책에 대한 정보는 이해하기 쉽고 문화적으로 적절하며 해당 지역사회에서 가장 널리 사용되는 언어로 환자에게 전달해드립니다.

신청서 및 서류: 모든 신청자는 지역별 재정 지원 신청서를 작성해야 하며 재정 지원 신청 시 요청된 서류를 제출해야 할 수도 있습니다. 해당 서류에는 다음이 포함될 수 있습니다:

1. 최근 급여 명세서, 자영업 소득 증빙 서류, 최근 소득세 신고서 및 은행 명세서 등의 소득 관련 정보,
2. 월별 지출 내역(재정 지원 신청서에 명시), 및/또는
3. Intermountain Health 정책 및 재정 지원 신청서에 명시된 기타 증빙 서류에는 다음이 포함될 수 있습니다:
 - 해당되는 경우, Medicaid 거부 서신
 - 해당되는 경우, 이혼 판결문 또는 법적 별거 통지서

- 해당되는 경우, 사망 증명 서류. 이는 사망 증명서, 사망 통지서, 장례식장 통지서 등을 제출하여 증명할 수 있습니다.
 - 해당되는 경우, 인도주의적 봉사 증명 서류
 - 해당되는 경우, 양육비 지원 서신
 - 해당되는 경우, 외부 의료 채무 명세서(\$5,000 를 초과하는 경우)
- 평가 절차에서 사용되는 자격 기준에는 연방 보건부에서 가구 규모 및 가구 소득을 기준으로 매년 설정하는 연방 빈곤 수준(FPL)과 관련된 소득이 포함됩니다.
 - 비응급 병원 서비스 및/또는 정상 참작이 가능한 상황의 경우 Intermountain 이 서비스를 제공하는 지역 내 거주. 응급 상황에서 제공되는 외상 및 응급 서비스는 거주 여부에 관계없이 보장됩니다.
 - 환자 및/또는 보증인은 재정 지원을 신청하기 전에 정부 및 민간 지원 프로그램을 포함하여 이용 가능한 모든 자금 출처에 대해 알아봐야 합니다. Intermountain Health 는 환자가 Intermountain Health 와 관련 없는 출처의 지원을 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

추정 자격

Intermountain Health 는 모든 환자 또는 환자의 보증인이 재정 지원 신청서를 작성하거나 필요한 서류를 제공할 수 있는 것은 아니라는 점을 인지하고 있습니다. 신청서 지원을 원하는 개인에게 의료 기관에 상주하는 재정 상담사가 도움을 드릴 수 있습니다. 필요한 서류를 제출할 수 없지만 특정 재정적 필요 기준을 충족하는 환자 또는 환자의 보증인의 경우, Intermountain Health 가 재정 지원을 제공할 수 있습니다. 특히, 다음과 같은 개별적인 생활 환경에 따라 추정 자격이 결정될 수 있습니다:

1. 주 정부 지원 처방 프로그램,
2. 홈리스 또는 홈리스 대상 의원에서 치료를 받은 개인,
3. 여성, 영유아, 아동(WIC) 프로그램에 대한 참여,
4. 푸드 스탬프 수령 자격,
5. 학교 급식 프로그램 지원 수령 자격,
6. 자금이 지원되지 않는 기타 주 또는 지역 지원 프로그램에 이용 자격(예: Medicaid 지원 감소),
7. 유효한 주소로 저소득/지원 수령 주택이 제공된 경우
8. 의료 서비스 업계 정보 출처(예: 공공 기록 데이터, 사회경제적 정보, 공급업체 계산 점수)를 기반으로 한 자격.

Intermountain Health 신청 절차에 응답하지 않는 환자 또는 보증인의 경우, 다른 정보 출처를 사용하여 재정적 필요를 개별적으로 평가할 수 있습니다. Intermountain Health 는 해당 정보를 활용하여 응답이 없는 환자의 재정적 필요에 대해 정보에 입각한 결정을 내릴 수 있습니다.

Intermountain Health는 재정적으로 도움이 필요한 환자를 돕기 위해 제 3자를 활용하여 환자 또는 환자의 보증인의 정보를 검토하여 재정적 필요를 평가할 수 있습니다. 이 검토 작업은 공공 기록 데이터베이스를 기반으로 하는 의료 업계에서 인정하는 예측 모델을 활용합니다. 해당 모델은 공공 기록 데이터를 통합하여 사회경제적 및 재정적 능력 점수를 계산합니다. 해당 모델의 규칙 세트는 동일한 기준에 따라 각 환자를 평가하도록 설계되었으며, Intermountain Health의 과거 재정 지원 승인에 따라 보정됩니다. Intermountain Health는 해당 예측 모델을 활용하여 환자에게 기존 신청 절차에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 다른 환자들의 특징이 있는지 평가할 수 있습니다.

해당 예측 모델의 정보는 Intermountain Health에서 환자 또는 보증인의 서류 요구 사항 중 일부에 대한 추정 자격을 부여하거나 완화하는 데 사용될 수 있습니다. 환자가 직접 제공한 정보가 없는 경우 보장 여부 확인한 후, 해당 예측 모델은 재정적으로 도움이 필요한 환자에게 추정 자격을 부여하는 체계적인 방법을 제공합니다.

환자가 추정 규칙에 따라 자격이 없는 경우에도 필요한 정보를 제공하고 기존의 재정 지원 신청 절차에 따라 고려될 수 있습니다.

사망한 환자: 사망자가 미혼이고 재산이 없으며 조정 기준을 충족하는 경우 해당 계정은 조정 검토를 위해 전달됩니다. 재산 상태를 확인하기 위해 자원 담당자가 사망자의 거주지 카운티 당국에 문의할 것입니다. 계정의 남은 잔액을 반영하는 계정 세부 정보가 포함됩니다.

사망자에게 생존 배우자가 있는 경우, 사망자가 거주한 주의 법률에 따라 잔액 지불 책임이 생존 배우자에게 있는지, 또는 사망자의 유산으로 지불되는지 결정됩니다. 생존 배우자에게 책임이 있는 경우, 해당 계정은 배우자에게 할당됩니다. 주법에 따라 사망자의 채무를 지불할 책임이 생존 배우자에게 있는 것으로 결정된 경우, 생존 배우자는 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 생존 배우자는 재정 지원 신청서를 작성하고 필요한 서류를 제출해야 합니다. 그런 다음 해당 계정은 적격 여부를 결정하기 위해 재정 지원 검토를 거치게 됩니다.

재정 지원 승인

재정 지원 결정은 승인된 정책에 의거해 재정 관리 및 사회적 책임을 반영하는 방식으로 이루어집니다. 조정은 Intermountain Health 정책에 명시된 수준을 따릅니다.

재정 지원 적격성 결정 작업 진행 일정

재정 지원 결정은 건강 상태가 안정된 후 또는 청구 주기 중 등 환자 치료의 어떠한 단계에서든 내릴 수 있습니다. 환자에게 다른 공공 또는 민간 프로그램에 대한 자격을 부여하기 위한 모든 노력을 기울인 후 결정이 내려집니다. 다른 재정 지원 수단을 찾는 경우, Intermountain Health는 결정 절차 및 예상 일정에 대해 환자 또는 환자의 보증인에게 알릴 것이며 그러한 결정이 내려지는 동안에는 청구를 시도하지 않을 것입니다.

재정 지원 요청은 즉시 처리되어야 하며, Intermountain Health 는 합리적인 기간 내에 환자 또는 신청자에게 서면으로 통지합니다. 자격이 승인되면 환자는 12 개월 동안 재정 지원을 받게 됩니다. 재정 지원은 적격 계정에 대해 신청일 이전에 제공된 모든 서비스에도 적용됩니다. 재정 지원이 거부된 경우, 환자 또는 환자의 보증인은 소득 또는 상태에 변동 사항이 있을 때마다 다시 신청할 수 있습니다. 최초 거부 이후 6개월 이상 경과한 경우 재정 지원 신청서를 다시 제출해야 합니다.

재정 지원에 대한 알림

재정 지원 정책 또는 프로그램에 대한 정보는 모든 Intermountain Health 웹사이트에 게시되어 있습니다. 또한 응급실, 응급 치료 센터, 입원 및 접수 구역, 기타 Intermountain Health 가 적절하다고 판단하는 장소에 제공되는 재정 지원에 대한 내용을 눈에 잘 띄게 게시할 것입니다. 재정 지원에 관한 알림 및 기타 정보는 특정 의료 기관에서 연간 진료하는 환자 수의 5% 이상이 이용하는 다른 언어도로 제공됩니다.

위에 언급된 방식 외에도, 적절한 지역사회 보건 및 사회복지 기관과 도움이 필요한 사람들을 지원하는 기타 조직에 재정 지원 정책 또는 프로그램 요약본이 제공됩니다. 연락처를 포함한 재정 지원 정보는 환자 청구서에 포함되거나 구두로 전달됩니다. 재정 지원에 대한 정보는 접수 위치에서 확인할 수 있습니다. 환자가 Intermountain Health 청구서를 관리하는 데 도움을 드리기를 위해 재정 상담 서비스가 제공됩니다. 재정 상담사와의 지원 일정을 잡는 것은 환자 또는 환자의 보증인의 책임입니다.

Intermountain Health 는 환자를 가까이에서 지원하는 서비스 제공자(환자 접수 및 입원, 재정 지원, 고객 서비스, 청구 및 추심 업무 담당자 포함)에게 재정 지원 및 추심 정책 및 관행에 대해 교육합니다. 의사, 간호사, 재정 상담사, 사회복지사, 사례 관리자, 목사, 종교 후원자를 포함한 Intermountain Health 의 모든 서비스 제공자 또는 의료진은 환자에 대한 재정 지원을 의뢰할 수 있습니다.

이의 제기 및 분쟁 해결

환자는 본 재정 지원 정책의 적용과 관련하여 분쟁 사항이 있는 경우 Intermountain Health 에 검토를 요청할 수 있습니다. 재정 지원이 거부된 환자는 적격 여부 결정에 대해 이의를 제기할 수도 있습니다. 분쟁 사항 및 이의는 재정 지원팀에 문의하여 제기할 수 있습니다. 분쟁 사항 또는 이의의 근거는 재정 지원 결정 후 90 일 이내에 서면으로 제출해야 합니다.

Intermountain Health 는 보험이 없거나 보험에서 보장하는 혜택이 충분하지 않은 환자 또는 개인의 건강 보험에서 보장되지 않는 개인의 의료 서비스와 합리적으로 연관된 특정 품목에 대해 재정 지원을 제공할 수 있습니다. 보조 자료의 재정 지원 - 의료 서비스 관련 품목을 참조하십시오.

분쟁 사항 또는 이의 제출을 위한 Intermountain Health 병원 위치 목록은 [Intermountain Health 병원 위치 - 첨부물 A](#)를 참조하십시오.

기록 보관

Intermountain Health는 적절한 통제 수준을 유지하고 모든 내외부 규정 준수 요구 사항을 충족하기 위해 전액 할인(무료) 의료 서비스, 할인 의료 서비스 또는 의료 부담에 따른 재정 지원을 문서화합니다.

미납 시 조치

InterMountain Health는 보험이 없는 환자에게 재정 지원 정책에 대한 정보를 제공하기 위해 노력을 기울일 것입니다(예: InterMountain Health 또는 당사의 추심업체가 청구 금액 추심을 위해 특정 조치를 취하기 전에 청구 명세서에 요약본을 포함하는 조치). Intermountain Health 추심 정책은 의료 서비스 청구 및 추심에 관한 연방 및 주 규정과 법률을 준수합니다. 신청 절차를 통해 확보한 서류상 정보는 추심 조치에 사용되지 않습니다.

환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 판단하기 위한 합리적인 노력을 먼저 기울이지 않은 상태에서는 환자에 대해 특별한 추심 조치를 취하지 않습니다. 이러한 합리적인 노력에는 환자가 미납된 청구 금액을 지불해야 하며 모든 제 3자 지불 출처가 확인되어 Intermountain Health에 지불되었는지 확인하는 것이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 또한 이러한 합리적인 노력에는 환자가 의료 기관의 재정 지원 정책을 인지하고 신청할 기회를 갖거나 합리적인 지불 계획을 이용할 때까지 보험이 없는 환자(또는 보험에서 보장하는 혜택이 충분하지 않을 가능성이 있는 환자)에 대한 추심 조치를 금지하는 것도 포함됩니다. 의료 기관은 환자가 Medicaid 또는 기타 공공 지원 의료 프로그램에 따라 의료 보험을 신청했음을 증명하는 서류를 제공하는 경우 환자에 대해 특별한 추심 조치를 취하지 않습니다.

Intermountain Health 정책에 따라 환자에게 발송되는 모든 명세서에는 미납 잔액과 재정 지원에 관한 정보가 포함되어야 합니다. 또한, 의료 기관 및/또는 의료 기관 업무 담당자는 응답이 없는 환자에게 구두 및 서면으로 연락하여 미납 잔액을 알리고 재정 지원 자격 또는 합리적인 지불 옵션에 대해 논의해야 합니다.

규정 요구 사항

Intermountain의 경영진 및 시설은 본 정책을 시행함에 있어, 본 정책에 따라 수행되는 활동에 적용될 수 있는 기타 모든 연방, 주 및 지역 법률, 규칙 및 규정을 준수해야 합니다.

예외

다음 의료 기관에는 본 정책이 적용되지 않습니다:

- Mount Saint Vincent
- Saltzer Health 의원
- Tellica Imaging 의료 기관

정책 승인

Intermountain Health 재정 지원 정책은 정기적으로 검토됩니다. 본 정책에 대한 모든 변경은 Intermountain Health 이사회의 승인을 받아야 합니다

참조 정보 및/또는 주요 출처:

[2022 년 HHS 빈곤 지침](#)

관련 정책 및/또는 지침:

- 추심 및 부실 채무 정책
- 환자 할인 정책

지원 문서

- 적용 대상 제공자 - 아이다호, 네바다, 유타
- 적용 대상 제공자 - 콜로라도, 캔자스, 몬태나
- 재정 지원 신청서
- 재정 지원에서 제외되는 병원 서비스
- 재정 지원 차등 할인 표
- 재무 상담 연락처 - 아이다호, 네바다, 유타
- 재무 상담 연락처 - 콜로라도, 몬태나

분쟁 사항 및 이의는 재정 지원 프로그램 재정 상담 책임자에게 문의하여 제기할 수 있습니다.

아이다호, 네바다, 유타:

재정 지원 프로그램
P.O. Box 30193
Salt Lake City, UT 84130

콜로라도, 캔자스, 몬태나:

재정 지원 프로그램
500 Eldorado Blvd.
Broomfield, CO 80021

Intermountain Health 병원:

콜로라도:

Good Samaritan Hospital
200 Exempla Circle
Lafayette, CO 80026

Lutheran Hospital
8300 W 38th Avenue
Wheat Ridge, CO 80030

Platte Valley Hospital
1600 Prairie Center Pkwy
Brighton, CO 80601

St Joseph Hospital
1375 East 19th Avenue
Denver, CO 80218

St Mary's Regional Hospital
2635 N. 7th Street
Grand Junction, CO 81501

아이다호:

Cassia Regional Hospital
1501 Hiland Ave
Burley, ID 83318

몬태나:

Holy Rosary Hospital
2600 Wilson Street
Miles City, MT 59301

St. James Hospital
200 S. Clark Street
Butte, MT 59701

St. Vincent Regional Hospital
1233 N. 30th Street
Billings, MT 59101

유타:

Alta View Hospital
9660 S 1300 E
Sandy, UT 84094

American Fork Hospital
170 N 1100 E
American Fork, UT 84003

Bear River Valley Hospital
905 N 1000W
Tremonton, UT 84337

Fillmore Community Hospital
674 UT-99
Fillmore, UT 84631

Layton Hospital
201 W Layton Pkwy
Layton, UT 84041

Intermountain Medical Center
5121 Cottonwood St.
Murray, UT 84107

Logan Regional Hospital
1400 N 500 E
Logan, UT 84341

Orem Community Hospital
331 N 400 W St
Orem, UT 84057

McKay-Dee Hospital
4401 Harrison Blvd
Ogden, UT 84403

유타(계속)

Primary Childrens Hospital
100 Mario Capecchi Dr
Salt Lake City, UT 84113

Spanish Fork Hospital
765 E Mkt Pl Dr
Spanish Fork, UT 84660

Utah Valley Hospital
1034 N 500 W
Provo, UT 84604

LDS Hospital
8th Avenue, C ST E
Salt Lake City, UT 84143

Riverton Hospital
3741 W 12600 S
Riverton, UT 84065

Sevier Valley Hospital
1000 N Main St
Richfield, UT 84701

Cedar City Hospital
1303 N Main St
Cedar City, UT 84721

Orthopedic Specialty Hospital
5848 S 300 E
Murray, UT 84107

Sanpete Valley Hospital
1100 S Medical Dr
Mt Pleasant, UT 84647

Park City Hospital
900 Round Valley Dr
Park City, UT 84060

Heber Valley Hospital
454 East Medical Way
Heber City, UT 84032

Financial Assistance Patient Responsibility Matrix
Attachment B

2024 Sizes of Household	Percentage of Federal Poverty Guideline														*501% +				
	0%	to	250%	251%	to	300%	301%	to	350%	351%	to	400%	401%	to		450%	451%	to	500%
1	\$ -	to	\$ 37,650	\$ 37,651	to	\$ 45,180	\$ 45,181	to	\$ 52,710	\$ 52,711	to	\$ 60,240	\$ 60,241	to	\$ 67,770	\$ 67,771	to	\$ 75,300	Self-pay Discount
2	\$ -	to	\$ 51,100	\$ 51,101	to	\$ 61,320	\$ 61,321	to	\$ 71,540	\$ 71,541	to	\$ 81,760	\$ 81,761	to	\$ 91,980	\$ 91,981	to	\$ 102,200	
3	\$ -	to	\$ 64,550	\$ 64,551	to	\$ 77,460	\$ 77,461	to	\$ 90,370	\$ 90,371	to	\$ 103,280	\$ 103,281	to	\$ 116,190	\$ 116,191	to	\$ 129,100	
4	\$ -	to	\$ 78,000	\$ 78,001	to	\$ 93,600	\$ 93,601	to	\$ 109,200	\$ 109,201	to	\$ 124,800	\$ 124,801	to	\$ 140,400	\$ 140,401	to	\$ 156,000	
5	\$ -	to	\$ 91,450	\$ 91,451	to	\$ 109,740	\$ 109,741	to	\$ 128,030	\$ 128,031	to	\$ 146,320	\$ 146,321	to	\$ 164,610	\$ 164,611	to	\$ 182,900	
6	\$ -	to	\$ 104,900	\$ 104,901	to	\$ 125,880	\$ 125,881	to	\$ 146,860	\$ 146,861	to	\$ 167,840	\$ 167,841	to	\$ 188,820	\$ 188,821	to	\$ 209,800	
7	\$ -	to	\$ 118,350	\$ 118,351	to	\$ 142,020	\$ 142,021	to	\$ 165,690	\$ 165,691	to	\$ 189,360	\$ 189,361	to	\$ 213,030	\$ 213,031	to	\$ 236,700	
8	\$ -	to	\$ 131,800	\$ 131,801	to	\$ 158,160	\$ 158,161	to	\$ 184,520	\$ 184,521	to	\$ 210,880	\$ 210,881	to	\$ 237,240	\$ 237,241	to	\$ 263,600	
For each additional person add			\$5,380			\$5,380			\$5,380			\$5,380			\$5,380			\$5,380	SP Disc
Clinic Copay			0			\$25			\$35			\$50			\$75			\$100	
IP/OP Discount			100%			95%			90%			85%			80%			75%	

*Patient responsibility per visit not to exceed 25% of household income for patients with incomes greater than 500% of the Federal Poverty Level who qualify for a Medical Hardship
Sliding scale effective 4/1/2024