

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.34
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 뉴저지 의료비 보조 프로그램(자선 진료) 정책	날짜: 1/1/2016
		페이지 1/4
		대체: 신규
		검토:

정책

EHMC(Englewood Hospital and Medical Center)는 환자의 지불 능력에 관계없이 모든 응급 및 의학적으로 필요한 진료에 대해 모든 환자를 치료합니다. EHMC는 뉴저지 주 보건복지부가 규정한 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)에 대한 규정을 따릅니다.

뉴저지 주 보건복지부가 규정한 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)은 입원 및 외래 응급 및 의학적으로 필요한 진료를 받는 환자에게 제공되는 무료 또는 감액 치료입니다. 이 프로그램에는 병원비만 포함되며 전문가 서비스를 위한 비용에는 적용되지 않습니다.

절차

- 1.) 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)은 다음과 같은 뉴저지 주 주민이 이용할 수 있습니다.
 - a.) 건강 보험이 있거나 청구비의 일부만 지불하는 보험이 있는 사람
 - b.) (메디케이드 같은) 민간 또는 정부 후원 보험에 대해 자격이 없는 사람
 - c.) 소득과 자산이 자격 기준을 모두 충족하는 사람
- 2.) 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)은 뉴저지 주 주민이 아니지만 특별 조항이 적용되는 사람이 이용할 수 있습니다.
- 3.) 뉴저지 주 보건복지부가 정의한 소득 기준은 다음과 같습니다.

소득(HHS 재산 소득
기준의 비율)

환자가 지불하는
비율

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.34
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 뉴저지 의료비 보조 프로그램(자선 진료) 정책	날짜: 1/1/2016
		페이지 2/4
		대체: 신규
		검토:

200%이하	0%
200% 이상, 225%이하	20%
225% 이상, 250%이하	40%
250% 이상, 275%이하	60%
275% 이상, 300%이하	80%
300% 이상	100%

4.) 비용 연동 범위(sliding fee scale)가 20%~80%인 환자가 연간 총소득의 30%를 초과하여 제한적인 현금 지불 의료비(즉 다른 당사자들이 지불하지 않은 청구비)를 부담하는 경우, 30%를 초과하는 금액은 의료비 보호(자선 진료)로 간주됩니다.

5.) 뉴저지 주 보건복지부가 정의한 자산 기준은 다음과 같습니다.

개인과 가족의 자산은 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)에 대해 뉴저지 주 보건복지부가 정한 한계치 이하이어야 합니다. 환자의 자산이 한계치를 초과하는 경우, 환자는 자산을 초과금을 병원 청구비 및 다른 승인된 현금 의료비에 지불하여 자격 한계로 “낮출” 수 있습니다.

6.) 신청 과정

환자는 금융 상담 부서((201) 894-3031)에 전화하여 우편으로 신청서를 보내 주도록 요청하면 뉴저지 주 의료비 보조(자선 진료)에 신청할 수 있습니다. 그 외에 금융 지원 부서의 담당자에게 신청할 수도 있습니다. 환자는 급여 명세서, 입출금 내역서, 소득 신고서 등

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.34
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 뉴저지 의료비 보조 프로그램(자선 진료) 정책	날짜: 1/1/2016
		페이지 3/4
		대체: 신규
		검토:

의 사본과 함께 소득 및 자산 증빙 자료를 제공해야 합니다.

환자는 서비스일로부터 최대 1년까지 뉴저지 주 의료비 보조(자선 진료)를 신청할 수 있습니다. 환자는 신청 결과를 나타내는 자선 진료 확인서/카드를 받습니다.

- 7.) 뉴저지 주 의료비 보조(자선 진료)를 신청하는 환자를 선별하여 병원 청구비를 지불할 수 있는 제3자 보험 혜택 또는 (메디케이드 같은 의료 지원 프로그램)에 대한 잠재적 자격 여부를 판단해야 합니다. 환자는 다른 의료비 지원 프로그램에 대한 자격이 없는 것으로 판단될 때까지 뉴저지 주 의료비 보조(자선 진료) 자격이 없을 수 있습니다.
- 8.) EHMC는 주당 최소 3일 동안 메디컬 센터의 현장에 있으면서 메디케이드에 대한 자격이 있는 것으로 간주되는 환자에 대한 메디케이드 신청을 지원하는 버진 카운티 사회 복지 위원회(Bergen County Board of Social Services)의 직원입니다.
- 9.) EHMC 금융 지원 지침은 금융 지원 정책을 참조하십시오.
- 10.) EHMC 청구 및 징수 절차는 청구 및 징수 정책을 참조하십시오.
- 11.) 이 정책은 메디컬 센터 내 모든 환자 접근 구역 및 모든 EHMC 이외의 장소는 물론이고 금융 지원 부서에서 하드카피로 확인할 수 있습니다. 이 정책은 또한 EHMC 웹사이트(www.inglewoodhealth.org)에서 확인할 수 있습니다.

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.34
정책 및절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 뉴저지 의료비 보조 프로그램(자 선 진료) 정책	날짜: 1/1/2016
		페이지 4/4
		대체: 신규
		검토:

	승인자: Warren Geller, 회장 겸 CEO