

환자 책임 잔액 청구 및 징수 방침

본 정책은 다음의 시설에 적용됩니다.

Big Rapids(Mecosta County Medical Center), 요양 보호, 기업, Gerber(Newaygo County General Hospital Association), Ludington(Memorial Medical Center of West Michigan), 외래 환자/의사 진료, Pennock(Pennock Hospital), Reed City(Reed City Hospital Corporation), SH 종합 병원(Spectrum Health 병원), SHMG, Spectrum Health Lakeland(Lakeland Community Hospital Watervliet, Niles and St. Joseph Inc.의 Lakeland 병원), United/Kelsey(Spectrum Health United, Spectrum Health Kelsey Hospital), Zeeland(Zeeland Community Hospital)

| | |
|------------|---|
| 적용 대상의 제한: | 해당 없음 |
| 참조 번호: | 13636 |
| 버전 번호: | 4 |
| 발효 일자: | 2021/02/01 |
| 기능 분야: | 재무, 수입 순환 |
| 부문 분야: | CBO(기업 결제 사무소), 금융, 환자 접촉, 환자 금융 서비스(PFS) |

차별 금지의 고지: Spectrum Health는 관련 연방 시민권 법률을 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따른 차별을 하지 않습니다. Spectrum Health는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 사람을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다. 언어 지원의 이용 가능 여부와 차별 금지에 대한 전체 고지는 [부록 A](#)를 참조하십시오.

1. 목적

- 1.1. Spectrum Health 또는 그 자회사(이하 "Spectrum Health")에 환자 책임 잔액으로 금전적 채무를 진 모든 환자들을 공정하고 평등하게 대우할 것을 보장합니다. 이를 위해 Spectrum Health는 개인이 회사의 [재정 지원 적격성 정책](#)에 따른 지원을 받을 자격이 있는지 확인하기 위해 합리적인 노력을 기울이기 전에는 진료비를 받기 위해 개인에 대해 특별한 징수 조치를 취하지 않을 것입니다.

2. 정의

- 2.1. **채납:** Spectrum Health 또는 권한을 위임 받은 제3자에 의한 내부적 징수가 모두 행해진 후 Spectrum Health 또는 권한을 위임 받은 제3자가 지불을 전액 받지 않았거나, 또는 합의된 지불 계획에 등록된 환자가 지불 책임이 있는 잔액.
- 2.2. **특별 징수 조치("ECA"):** 이러한 조치에는 민사 소송의 개시, 환자의 급료 차압이 포함됩니다.
- 2.3. **보증인:** Spectrum Health에서 환자가 받은 의료 서비스에 대해 지불을 보증하는 개인.
- 2.4. **환자:** Spectrum Health 또는 그 자회사(이하 "Spectrum Health")에서 의료 서비스를 받은 개인.
- 2.5. **환자 책임 잔액:** 환자 또는 보증인이 지불할 책임을 지는 모든 잔액. 여기에는 미 보험 잔액, 공동 부담금, 공제액, 공동 보험, 비보장 서비스 및 환자/보증인 책임으로 간주되는 보험 지불 후 지불 기일이 도래한 잔액이 포함됩니다.
- 2.6. **제3자 징수 대행 업체:** Spectrum Health를 대신하여 채납 상태에서 환자가 지불 책임이 있는 잔액을 징수하지만 모든 연방, 주 및 지역의 법률과 규정에 따라 자신의 이름으로 해당 징수를 수행하는 계약

회사.

3. 책임

3.1. 환자 책임 잔액 청구 및 징수 방침은 관련 절차에 요점이 설명된 바와 같이 적절하게 지정된 Spectrum Health 직원이 관리합니다.

4. 방침 준수

4.1. Spectrum Health 직원이 본 방침을 위반하는 경우, 시정 조치를 받을 수 있습니다.

5. 정책

5.1. Spectrum Health는 환자와 보증인 및 환자 책임 잔액에 대한 적절한 해결 방법을 적절하게 결정하고 실행하는 데 필요한 허용되는 모든 승인된 제3자와 협력합니다. 환자 책임 잔액은 본 방침에 따라 해결됩니다.

5.1.1. 사망 환자 - Spectrum Health는 사망한 환자의 가족에 대해 상실의 시기 동안 공감하는 것을 중요하게 생각합니다. 따라서, Spectrum Health는 [환자 책임 잔액 사망 환자 또는 보증인 절차](#)에서 요점이 설명된 바와 같이, 사망한 환자 책임 잔액을 확인하여 해결합니다. 본 절차에 설명된 바와 같이, Spectrum Health는 공적 기록을 사용하여 사망 날짜를 확인하고 Medicaid에 의한 재정 지원 자격을 평가하고 사망자의 유산에 대한 청구 제기를 평가할 수 있습니다.

5.1.2. 파산 환자 - Spectrum Health는 미국 파산법을 준수합니다. 따라서, Spectrum Health는 [환자 책임 잔액 및 파산 환자 절차](#)에서 요점이 설명된 바와 같이, 파산한 환자의 책임 잔액을 확인하여 해결합니다. 징수 및 청구 활동은 파산 신청에 따라 적용되는 모든 의료 서비스 날짜에 대해 파산 통지 시에 중단됩니다. Spectrum Health는 파산 신청이 최종 승인 또는 기각될 때까지 파산 절차를 모니터링합니다.

5.1.3. 재정 지원이 필요한 환자 – Spectrum Health는 [재정 지원 적격성 정책](#)에 따라 환자 책임 잔액에 대해 환자가 이용할 수 있는 재정 지원 옵션들이 있습니다.

5.1.3.1. 환자 또는 보증인은 관련 절차에 정의된 바와 같이 재정 지원 정책을 서면으로 통보 받게 됩니다. Spectrum Health는 모든 내부적 징수 노력 동안 및 제3자 징수 대행 업체에 징수가 의뢰된 경우, 퇴원 후 최초 청구서 일자로부터 최소 240일("신청 기간") 동안의 진료비 계산서에 대해 재정 지원 신청을 수락합니다.

5.1.3.1.1. 작성 완료된 재정 지원 신청서 제출.

- 환자 또는 보증인이 신청 기간 동안 작성 완료된 재정 지원 신청서를 제출하는 경우, Spectrum Health는:
 - 모든 ECA를 일시 중지합니다.
 - 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지에 대한 적격성 판단을 하고, 또한 적격성 판단(해당되는 경우 환자가 자격이 되는 지원을 포함하여) 및 이러한 판단의 근거를 환자 또는 보증인에게 서면으로 통지합니다.
 - 환자가 진료에 대한 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단되는 경우, Spectrum Health는:
 - [재정 지원 적격성 정책](#)에 따라 환자 또는 보증인의 재정적 책임을 나타내는 서면 통지를 환자 또는 보증인에게 제공합니다.

- 초과 금액이 \$5(또는 미국 국세청 공고에 게시된 다른 금액) 미만인 경우를 제외하고, [재정 지원 적격성 정책](#)에 따라 개인이 지불할 책임이 있는 것으로 결정된 금액을 초과하여 개인이 진료에 대해 지불한 금액을 개인에게 환불합니다.
- 진료에 대한 대금 지불을 받기 위해 환자 또는 보증인에 대해 취해진 모든 ECA를 되돌리는 합리적으로 가능한 모든 조치를 취합니다.

5.1.3.1.2. 작성이 완료되지 않은 재정 지원 신청서의 제출.

- 개인이 신청 기간 동안 작성이 완료되지 않은 재정 지원 신청서를 제출하는 경우, Spectrum Health는:
 - 진료에 대한 대금 지불을 받기 위해 ECA를 일시 중지합니다.
 - 개인에게 [재정 지원 적격성 정책](#)에 따라 필요한 추가 정보와 문서, 또는 신청을 완료하기 위해 반드시 제출해야 하는 재정 지원 신청서 및 그러한 정보와 문서가 서면 통지일로부터 30일 이내에 반드시 접수되어야 하며, 그렇지 않은 경우 신청이 거부되고 징수 활동이 재개된다는 사실을 설명하는 서면 통지를 제공합니다.
 - 이 통지에는 Spectrum Health의 연락처 정보가 포함됩니다.
 - 이후에 추가 정보와 문서가 접수되고 진료 계산서가 신청 기간 내에 해당되는 경우, 해당 진료 계산서는 재정 지원을 위해 다시 고려되며 그러한 결정이 있을 때까지 징수 활동은 보류됩니다.

5.1.3.1.3. 재정 지원 신청서를 제출하지 않은 경우.

- 신청 기간 동안 재정 지원 신청서를 제출하지 않은 경우, Spectrum Health는 여기에 설명된 [재정 지원 적격성 정책](#)에 대해 개인에게 통지한 후 ECA를 시작하여 진료 비용을 받을 수 있습니다.

5.1.4.비보험 환자를 위한 조정 - 본 방침에 반대되는 어떠한 내용에도 불구하고, 연간 소득이 연방 빈곤 지침(FPG)의 250% 이하이고 [재정 지원 적격성 정책](#),을 달리 충족하지 못하는 비보험 환자에게 제공되는 병원의 의료 서비스에 대해, Spectrum Health는 동일하거나 유사한 의료 서비스에 대한 Medicare 요율의 115% 이하로 해당 서비스에 대한 비용을 조정합니다. 조정된 진료비의 지불은 해당 의료 서비스에 대한 전액 지불로 간주됩니다.

5.1.5.지불 옵션 - Spectrum Health는 환자 또는 보증인이 [환자 책임 잔액 지불 옵션 절차](#)에 요점이 설명된 바와 같이 환자 또는 보증인이 자신의 잔액을 해결할 수 있도록 하기 위해, 환자 또는 보증인이 이용할 수 있는 지불 옵션을 정의하여 이를 제공합니다. 옵션에는 전액 지불, 즉시 지불 할인 및 지불 연기 계획이 포함됩니다.

5.1.6.징수 - 위의 5.1.1-5.1.5에 명시된 모든 옵션이 소진된 후에도 환자 책임 잔액이 여전히 미 결제인 경우, Spectrum Health는 환자 책임 잔액 청구 및 징수 절차에 요점이 설명된 바와 같이 해결되지 않은 환자 책임 잔액을 제3자 징수 대행 업체에 의뢰할 수 있습니다. 의뢰 전에 최소 3개의 청구서가 환자 및 또는 보증인에게 발송됩니다.

5.1.6.1. Spectrum Health는 제3자 징수 대행 업체에 의뢰 후 처음 30일 이내에 ECA가 발생하도록 승인하지 않습니다.

5.1.6.2. Spectrum Health는 [재정 지원 적격성 정책](#)에 따라 환자의 자격 여부를 결정하기 위해 합리적인 노력을 기울이지 않고는 환자 또는 보증인에 대한 ECA에 관여하지 않습니다. 특히, Spectrum Health가 ECA를 추구하려는 경우, 하나 이상의 ECA를 처음 시작하기 최소 30일 전에 다음 사항이 발생합니다.

- Spectrum Health는 환자 또는 보증인에게 자격 있는 개인이 재정 지원을 받을 수 있음을 서면으로 통지하고, Spectrum Health(또는 제3자 징수 대행 업체)가 지불을 받기 위해 시작할 예정으로 있는 ECA를 확인합니다.
- Spectrum Health는 [재정 지원 적격성 정책](#) 및 환자 또는 보증인이 신청 절차에 대한 도움을 받을 수 있는 방법을 환자에게 구두로 통지하기 위해 합리적인 노력을 기울입니다.

5.1.7.우편 반송 - 우편 반송은 USPS 데이터베이스를 사용하여 처리되며, 적절한 경우 수정됩니다. 의료 서비스를 받을 때, 또는 이사할 때 현재의 우편 주소를 제공하는 것은 보증인의 책임입니다. 진료비 계산서에 유효한 주소가 없는 경우, Spectrum Health는 합리적인 노력을 다한 것으로 간주합니다.

6. 개정

Spectrum Health는 사전 서면 통지 없이 언제든지 본 정책을 변경, 개정, 수정 또는 파기할 권리를 가지고 있습니다.

7. 최종 권한

환자가 [재정 지원 적격성 정책](#)에 따라 지원을 받을 자격이 있는지 판단하기 위해 Spectrum Health가 합리적인 노력을 기울였으며, 그에 따라 환자 또는 보증인에 대한 ECA에 참여할 수 있는지 결정하는 최종 권한은 수익 주기 부서의 수석 부사장 또는 그의 피지명인에게 있습니다.

8. 참조

[재정 지원 적격성 정책](#)

[환자 책임 잔액 사망 환자 또는 보증인 절차](#) [환자 책임 잔액 파산 환자 절차](#)

[환자 책임 잔액 지불 옵션 절차](#)

9. 정책 개발 및 승인

문서 소유자:

Mary Jo Klobucher(관리 보조)

작성자(이전 작성자):

Crystal Lang(매니저, 기업 결제 사무소)

검토자:

Amy Assenmacher(SVP, 금융 수입 주기부), Courtney Guernsey(Dir Sr, 환자 금융 서비스부), Matthew Cox(SVP, CFO), Sarah Clark(Dir Sr, 등록 및 재정 고문), Steffany Dunker(관리 고문)

승인자:

Christina Freese Decker(사장 겸 CEO)

차별 금지의 고지:

Spectrum Health는 관련 연방 시민권 법률을 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따른 차별을 하지 않습니다. Spectrum Health는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 사람을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Spectrum Health는:

- 장애가 있는 사람들에게 당사와의 효과적인 커뮤니케이션을 위해 다음과 같은 무료 지원 및 의료 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형태로 작성된 정보(대형 인쇄, 오디오, 액세스 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우, 아래로 Spectrum Health 언어 서비스부에 문의하십시오. 616.267.9701, 또는 1.844.359.1607(TTY:711)

Spectrum Health가 이러한 서비스를 제공하지 않거나, 인종, 피부색, 국적, 연령, 장애, 성별에 따라 다른 방식으로 차별한 것으로 판단되는 경우, 귀하는 다음 연락처로 불만을 제기할 수 있습니다.

Director, Patient Experience(환자 경험 부서 책임자) 100 Michigan St NE, MC 006 Grand Rapids, MI 49503
616-391-2624; 무료 통화: 1-855-613-2262
patient.relations@spectrumhealth.org

귀하는 직접 대면하여 또는 우편, 팩스, 이메일로 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기에 도움이 필요하신 경우, 환자 경험 부서의 책임자가 귀하에게 도움을 드릴 수 있습니다.

또한 미국 보건복지부, 인권 사무소에 아래 연락처로 우편 또는 이메일을 보내거나 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>의 인권 침해 신고 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal)에서 전자적으로 민원 신고를 할 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건복지부)
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

민원 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에 있습니다.

Contact Us

Español (*Spanish*)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).

العربية (*Arabic*)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

中文 (*Chinese*): 國語/普通話 (*Mandarin*), 粵語 (*Cantonese*)

請注意: 如果您講中文, 你可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打1-844-359-1607 (TTY 手語翻譯: 711)。

Tiếng Việt (*Vietnamese*)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ako govornite srpsko (*Serbian, Croatian or Bosnian*)

OBAVJEŠTENJE: Ako govornite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711). (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

አማርኛ (*Amharic*)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች: በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል: ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-359-1607. (መስማት ለተሳናቸው: (TTY: 711)).

नेपाली (*Nepali*)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-359-1607 (टिडिवाइ: (TTY: 711)).

Thuɔŋjaŋ (*Nilotic – Dinka*)

PID KENE: Na ye jam në Thuɔŋjaŋ, ke kuony yenë koc waar thook atö kuka lëu yök abac ke cïn wënh cuatë piny. Yuɔpë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kiswahili (*Swahili*)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata huduma za lugha bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

فارسی (*Farsi*)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.844-359-1607 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (*French*)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement.

Appelez le 1.844-359-1607 (TTY: 711).

(Burmese)

အသိပေးခြင်း

သင်ပြောသော ဘာသာစကားကို အခမဲ့ ဘာသာပြန်
ရရှိပါသည်။ ဖုန်းခေါ်ရန်

(Dari) فارسی دری

توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در دسترس است. تماس با
1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ikinyarwanda (Kinyarwanda)

ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi, urazihabwa, ku buntu. Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA -TTY: 711).

Soomaali (Somali)

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad heli kartaa. Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

اللہجۃ السودانیة (Sudanese)

انتباه: إذا كنت تتحدث اللهجة السودانية، خدمات المساعدة بلغتك متاحة مجاناً. اتصل على الأرقام
1-844-359-1607 (رقم الصم والبكم: 711).

தமிழ் (Tamil)

தமிழ் (Tamil) கவனம்: நீங்கள் தமிழ் பேசினால், உங்களுக்கு இலவச மொழி
உதவி சேவைகள் கிடைக்கும். இந்த எண்ணை அழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY:
711).

ትግርኛ (Tigrinya)

ትኹረት: ትግርኛ እንድትረኩ ትካረብ ኮንካ፡ ናይ ቋንቋ ደገፍ ኣልግሎታት፡ ብናጻ ክኖርቡልካ እየ-ም። ደውል 1.844-359-1607 (TTY:
711)።