



입원시점에서환자가족이환자서비스담당직원(PSR)에게 병원지급방침에대한설명과예상현금지급가능 금액 및 지급 방식과 재정 지원 가능성에 대해 대화를 요구할 수 있습니다.

### **응급 및 긴급 입원**

모든응급서비스는지급능력을고려하지않고제공됩니다.병원직원은어떠한경우에도보험정보를요구하지 않을것이며,자격검증이나제삼자에게사전입원허락을구하지않습니다.입원관계자가환자의검사완료를 확인하고승인한후에만보험정보수집,재정책임논의,지급방식,재정지원가능성에관해환자와상의할수

### **비응급/긴급 환자**

응급및긴급상태가아닌환자의등록및수속은의료서비스제공전에도는입원중에수행할수있습니다.환자를 돌려보내거나유치할때통계신원정보나보험,재정정보를검토하고필요에따라업데이트할수있으며, 해당하는경우전자수단또는전화를통한환자의보험자격검증을포함합니다.환자는등록과동시에보험및 **채월 지원 계획** 갱신할 책임이 있습니다.

Carrier Clinic은 Carrier Clinic 재정 지원 방침(FAP)과 이 문서에 규정된 조항이 적용하여 무보험/부분 보험 환자,정부의의료보험혜택대상이아닌환자또는의료서비스에대한지급불가환자에게재정지원서비스를 제공할 수 있습니다. 신청서종이사본을작성하여재정지원을신청할수있습니다.종이신청서는다음방법으로무료제공합니다.

- **우편으로:** 다음 주소로 우편을 발송하여 재정 지원 신청서 사본 요청:  
HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502  
Attention: Patient Financial Services
- **직접 방문:** 환자 재정 서비스 부서 방문. (방문 시간: 월~금 오전 8시~오후 6시) 주소: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502
- **전화로:** 환자 재정 서비스 부서(Patient Financial Services Dept)에 전화(908-281-1522) 문의, 문의 시간: 오전 8시~오후 4시 30분
- **웹사이트:** <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

완성된 신청서는 환자 재정 서비스 부서(주소:252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502)로 발송해야 하며, 다음과 같은 신청 서류를 포함합니다.

- 모든 가족구성원의 가장 최근 연방 세금보고서

- 3개월 동안의 예금 계좌: 예금, 당좌 예금 계좌, 그 외의 투자 내역
- 소득원천(가장 최근 급여명세서 2부, 사회보장 소득보상 서식 또는 은행 예금 증명서, 실업수당)

미완성신청서는 고려하지 않으며, 신청인에게 이를 통지하여 누락 서류/정보를 재발송하도록 요청합니다.

재정 지원 신청은 첫 퇴원 청구 명세서 발행일로부터 240일 이내에 수행합니다.

모든 신청서는 CFO의 검토 및 승인 대상입니다. 통상적으로 적격 환자가 연방정부의 빈곤 지표의 100% 미만의 가계 소득자일 경우, 차등제에 따라 재정 지원 자격이 주어집니다.

환자가 곤란한 재정 상황을 지원하는데에 충분한 정보를 제공하지 못하는 경우, Carrier Clinic은 외부 출처 또는 다른 프로그램 등록 재원에 따라 환자가 다음과 같은 상황일 경우 적격성을 결정합니다.

- 환자가 노숙자인 경우
- 환자가 다른 주 혹은 지역의 지원 프로그램 자격일 경우
- 환자가 푸드 스템프 제도 자격이거나 점심 프로그램 보조금을 받는 경우
- 환자가 국가에서 의료 재정 지원 프로그램을 받는 자격일 경우
- 환자의 유효 주소가 저소득 또는 주거 보조금 대상일 경우
- 환자가 커뮤니티 클리닉의 무료 서비스를 받으며 추가 치료를 위해 Carrier에 보내진 경우
- 환자가 하숙을 하는 경우

### 보증금

의료서비스 중에 보험 공제와 고용인 부담, 공동 보험료 금액이 요구될 수 있습니다. 보험 활성 상태에 대한 확인이 불가능하거나 허가를 얻지 못하는 경우, 해당 환자에게 보증금을 요구할 수 있습니다. 대체 지급 및 허용 가능 지급 방식이 지정되고 약성부채 이력이 없는 경우, 이러한 요구 사항을 면제하도록 조정할 수 있습니다.

### 내부 수금

환자의 입원 기간에 환자의 법적 책임이 수립되지 않을 경우, 환자 또는 보증인에게 중간 납부 또는 지급 방식을 요구할 수도 있습니다.

환자 서비스 담당 직원(PSR)은 보험 자격 및 혜택에 대한 정보를 제공하거나 질문에 응답해야 합니다. 연락처는 병동에 배치된 Patient Handbook에 제공됩니다.

### 보험 검증

병원 직원은 입원 전 또는 입원 직후, 자격 및 혜택 검증을 수행하되, 보험사로부터 받은 보험 자격 및 혜택 정보에 대해 정확성을 보장할 수 없습니다.

### 허가

병원직원은제공하는의료서비스의특정케어서비스에대하여서면또는구두로제삼자납부자로부터승인받을 것이며,이는환자의의료서비스계획에따라허가될것입니다.이허가는적격성또는혜택승인이나지급에대해 어떠한 보증도 하지 않습니다.

### 허가 거부

환자또는보증인은보험회사가지속적인체류를 승인하지 않는 즉시통보받을것입니다.환자의외부소송 가능성을포함하여환자/보증인은이의제기에대한설명을받을것입니다.환자/보증인은허가가나지않은 일수에 대한 재정 책임에 대한 동의와 보증금을 요구받을 것입니다.

### 지급 동의

환자가기간내에전액지급을하지못하는경우부분지급이승인될것입니다.환자와병원의요구를충족하는 지급방식을허가하기위해환자의재정적어려움에대한증명을요청할것입니다.재정적어려움이있고적절한 경우, 재정 지원 적격성 기준은 모든 환자 또는 보증인과 상의될 것입니다.

### 지급 방식

다음과 같은 지급 방식이 가능합니다 - 현금, 수표, 및 우편환, Visa, MasterCard, American Express, Discover Card.

### 부도(NSF)

수수료 \$25.00는 모든 환자의 계좌에 반송수표로 적용될 것입니다.

### 환급

모든환자의환급내용은매주검토되며PFS책임자또는오피스매니저와CFO승인을받기위해전송됩니다.잔액금의초과납부는같은환자와보증인의미지급잔고로적용됩니다.미납금이없는경우,지급액은대변잔고를만들어지급한모든당사자에합당하게환급될것입니다.모든환자의환급은기존지급방식과같은 방식으로 처리될 것입니다.

### 환자 내역서 및 수금 시기

Carrier Clinic은 보험 지급 후 및 보험을 들지 않은 개인에게 모든 환자의 미수금 처리를 위해 Arcadia Recovery Services (ARS), Inc.를 이용합니다. 청구서 주기는 외부 미수금 처리 업체에 잔금이 보내지기 전까지 120일입니다.

ARS 수금 대행은 다음을 포함합니다.

- 전화번호가 유효한 경우, 전화 5회(15, 40, 50, 75, 110일).
- 추가로, 4회의 내역서가 환자의 등록 주소로 발송됩니다
  - 보험지급후환자잔금에대한내역서가1,30,60,90일째(최종내역서)날짜에맞춰,보험금 이후 납입이 발행됩니다.

대금 청구서는 다음을 포함합니다.

- 환자 이름, 신원 정보, 주소, 서비스 제공일, 계정 번호, 지급/미지급 금액, 가격 조정, 총액
- ARS 연락처
- Carrier Clinic Financial Assistance Policy Plain Language Summary

미수금에 대한 질문은 고객 서비스(전화: 800-888-1301, 월~수 오전 8시~오후 7시, 목~금 오전 8시~오후 6시) 또는 환자 재정 서비스(908-281-1554)로 연락하시기 바랍니다

납입 주소:  
HMH Carrier Clinic, Inc.  
ATT: Finance/AP  
PO Box 147  
Belle Mead, NJ 08502-0147

### 지급 불이행에 대한 조치

병원으로부터 미수금 처리 업체에 위탁하기 전까지 상기의 '환자 내역서 및 수금 시기'에 따라 환자의 재정 채무에 적합한 기회를 제공하도록 노력할 것입니다.

Arcadia는 재정 지원 및 지급 방식에 대한 정보를 제공할 것입니다. 환자는 또한 다음 웹사이트(<https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>)를 방문하여 HMH Carrier Clinic 재정 지원 방침(FAP)을 확인하거나 다음과 같은 방법으로 청구서 담당자에게 연락할 수 있습니다.

- **우편으로:** 다음 주소로 우편을 발송하여 재정 지원 신청서 사본 요청:  
HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502  
Attention: Patient Financial Services
- **직접 방문:** 행정부 건물(Patient Financial Services Dept.) 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502(방문 시간: 월~금 오전 8시~오후 4시 30분)
- **전화로:** 환자 재정 서비스 부서(Patient Financial Services Dept)로 전화(908-281-1522) 문의, 문의 시간: 오전 8시~오후 4시 30분

청구서 기간 이후의 미지급 금액 또는 재정 지원 최종 승인 이후의 미지급 금액은 미수금 처리 업체를 통해 처리하게 될 것입니다.

### 미수금 처리 업체 위탁

잔금 회수 처리를 시작하기 전까지 청구서 주기는 120일이며 다음과 같이 정의합니다. 환자 내역서 및 수금 시기.

6/6 페이지

지급이 안 될 경우, 계좌 정보는 미수금 처리 업체로 보내집니다.

HMH Carrier Clinic, Arcadia Recovery Services, 미수금 처리 업체는 특별 수금 조치(Extraordinary Collection Measures)가 발생하지 않도록 노력합니다.