

재정 지원 정책

2025.08.18

정책 및 원칙

본 문단 아래에 나열된 기관(각각 이하 "기관")의 정책은 기관 시설에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 데 있어 사회적으로 공정한 관행을 보장합니다. 본 정책은 재정 지원이 필요하며 기관에서 치료를 받는 환자의 재정 지원 해당 요건을 위해 구체적으로 마련되었습니다. 이 정책은 오스틴 행동 병원 LLC (상호명: 크로스 크릭 투게더 및 어센션 세튼 병원)에 속한 다음 기관에 적용됩니다.

Austin Behavioral Hospital, LLC 상호명: Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital

1. 모든 재정 지원은 개인의 존엄성과 공익에 대한 본 기관의 헌신과 존중, 빈곤층 및 기타 취약 계층에 대한 특별한 관심과 연대, 분배 정의와 청지기 정신에 대한 헌신을 반영합니다.
2. 본 정책은 고용된 의료진의 의료 행위 및 행동 건강을 포함하여 본 기관에서 제공하는 모든 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 본 정책은 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료가 아닌 치료비에는 적용되지 않습니다.
3. 재정 지원 정책 적용 대상 제공자 목록은 본 기관 시설 내에서 치료를 제공하는 모든 제공자들로 이루어진 목록이며 재정 지원 정책의 적용 대상과 적용 대상이 아닌 제공자를 명시합니다.

정의

본 정책의 목적을 위해 다음의 정의가 적용됩니다.

- **“501(r)”**란 미국세청 규정 501(r)조 및 그 하에 공포된 규정을 말합니다.
- **“일반 청구액” 또는 “AGB”**란 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료와 관련하여 이러한 치료를 급여하는 보험에 가입한 개인에게 일반적으로 청구되는 금액을 뜻합니다.
- **“지역사회”**란 트라비스(Travis) 카운티를 뜻합니다. 환자가 필요로 하는 응급 및 의료적으로 필요한 치료가 환자가 재정 지원이 해당되는 다른 어센션 헬스(Ascension Health) 시설에서 받은 응급 및 의료적으로 필요한 치료의 연속인 경우, 해당 환자는 기관 공동체의 구성원으로 간주됩니다.

재정 지원 정책

2025.08.18

- **“응급 처치”**란 심각한 증상(심각한 통증 포함)이 나타나 즉각적인 의료적 처치가 이루어지지 않으면 신체 기능에 심각한 장애, 신체 기관이나 부위에 심각한 기능 장애가 생기거나, 개인의 건강이 심각하게 위협받을 수 있는 의학적 상태의 치료를 뜻합니다.
- **"의학적으로 필요한 치료"**란 (1) 환자의 질병을 예방, 진단 또는 치료하는 데 적절하고 일관되며 필수적인 치료, (2) 환자의 질병에 가장 적합한 의료 행위의 공급 또는 수준으로 안전하게 제공될 수 있는 치료, (3) 주로 환자, 환자의 가족, 의사 또는 간병인의 편의를 위해 제공되는 것이 아닌 치료, (4) 환자에게 해를 끼치기보다는 혜택이 될 가능성이 더 큰 치료를 뜻합니다. 향후 예정된 치료가 "의학적으로 필요한 치료"인지 확인하려면 치료와 치료 시기에 대해 기관의 최고 의료 책임자(Chief Medical Officer, 또는 지명자)의 승인을 받아야 합니다. 의학적으로 필요한 치료인지 여부 결정은 환자에게 의료 행위를 제공하는 허가 받은 제공자와 기관의 재량에 따라 입원 의사, 의뢰 의사 및/또는 최고 의료 책임자 또는 기타 검토 의사(권장되는 치료 유형에 따라 다름)가 내려야 합니다. 이 정책이 적용되는 환자가 요청한 치료가 검토 의사에 의해 의학적으로 필요하지 않다고 판단되는 경우, 해당 결정은 입원 의사 또는 의뢰 의사에 의해 확인되어야 합니다.
- **“기관”**은 어센션 세튼 병원과 크로스 크릭 투게더 협업체(Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital)를 뜻합니다.
- **“환자”**는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 기관에서 받은 자 및 환자 치료에 재정적 책임을 지는 자를 뜻합니다.

재정 지원 제공

본 부문에 설명된 재정 지원은 지역 사회에 거주하는 환자에 국한됩니다.

1. 본 재정 지원 정책의 타 조항에 따라, 소득이 연방 빈곤 수준 소득("FPL")의 250% 이하인 환자는 해당 시 보험사 급여 후 환자가 부담하는 의료 행위 비용 부분에 대해 자선 보조를 100% 받을 수 있습니다. 단, 이는 해당 환자가 추정 점수(아래 5항 참조)에 따라 해당되는 것으로 판단되거나 환자의 첫 퇴원 청구서 이후 240일 이내에 재정 지원 신청서(이하 “신청서”)를 제출하고 기관에서 신청서를 승인한 경우에

재정 지원 정책

2025.08.18

한합니다. 환자가 첫 퇴원 청구서 후 240일을 초과한 시기에 신청서를 제출하면 최대 100% 재정 지원에 해당되지만, 이 범주에 속하는 환자에게 제공되는 재정 지원 금액은 환자 계정에 대해 납부된 금액 고려 후 미납 잔액으로 제한됩니다. 이 재정 지원 범주에 해당하는 환자는 계산된 AGB 금액을 초과하는 금액을 청구 받지 않습니다.

2. 본 재정 지원 정책의 타 조항에 따라, 소득이 FPL의 250%를 초과하지만 FPL의 400%를 초과하지 않는 환자는 보험이 있는 경우 보험사 급여 후 환자가 부담하는 제공된 의료 행위에 대한 요금 부분에 대해 슬라이딩 스케일 할인을 받으며 이는 환자가 첫 퇴원 청구서 이후 240일 이내에 신청서를 제출하고 기관에서 신청서를 승인하는 경우입니다. 환자가 첫 퇴원 청구서 이후 240일을 초과한 시기에 신청서를 제출하면 슬라이딩 스케일 할인 재정 지원을 받을 수는 있지만, 이 범주에 속하는 환자에게 제공되는 재정 지원 금액은 환자 계정에 납부된 금액 고려 후 미납 잔액으로 제한됩니다. 이 재정 지원 범주에 해당하는 환자는 계산된 AGB 금액을 초과하는 금액을 청구 받지 않습니다. 슬라이딩 스케일 할인은 다음과 같습니다.

CCTAS(본 기관)는 AGB 계산에 미래 모델을 활용합니다. 추가 정보는 AGB 계산을 참조하세요.

3. 본 재정 지원 정책의 타 조항에 따라, 소득이 FPL의 400%를 초과하는 환자는 총 의료 부채에 따라 기관의 의료 행위에 대한 환자 부담금의 일부 할인을 위한 "수단 심사"에 따라 재정 지원을 받을 수 있습니다. 환자가 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 위해 어센션 및 기타 의료 서비스 제공자에게 진 의료 부채를 포함하여 총 의료 부채가 환자 가구의 총 소득과 같거나 더 큰 경우 수단 심사에 따라 재정 지원에 해당됩니다. 수단 심사에 따라 제공되는 재정 지원 수준은 위 2항에 따라 소득이 FPL의 400%인 환자에게 부여되는 것과 동일하며, 해당 환자가 첫 퇴원 청구서 이후 240일 이내에 신청서를 제출하고 기관에서 신청서를 승인한 경우입니다. 환자가 첫 퇴원 청구서 발행일로부터 240일 이후에 신청서를 제출하는 경우에도, 수단 심사 할인 재정 지원을 받을 수 있습니다. 단, 이 범주에 속하는 환자에게 제공되는 재정 지원 금액은 환자 계정에 납부된 금액 고려 후 미납 잔액으로 제한됩니다. 이 재정

재정 지원 정책

2025.08.18

지원 범주에 해당하는 환자는 계산된 AGB 금액을 초과하는 금액을 청구 받지 않습니다.

4. 환자가 "자산 심사"에 따라 의료비를 지불할 수 있는 충분한 자산을 보유하고 있다고 판단되는 경우, 위 1항부터 3항까지에 명시된 재정 지원에 해당되지 않을 수 있습니다. 자산 심사는 FAP 신청서로 측정된 자산 범주를 기반으로 환자의 지불 능력을 실질적으로 평가하는 것을 포함합니다. 자산이 환자의 FPL 금액의 250%를 초과하는 경우, 재정 지원에 해당되지 않을 수 있습니다.
5. 재정 지원 해당 여부는 수익 주기의 어느 시점에서든 결정될 수 있으며, 환자의 첫 퇴원 청구서 발행 후 240일 이내에 충분한 미납 잔액이 있는 환자에 대해 추정 점수를 사용하여 재정 지원 신청서(이하 "FAP 신청서")를 작성하지 않았음에도 불구하고 100% 자선 보조 해당 여부를 결정할 수 있습니다. 환자가 작성된 FAP 신청서를 제출하지 않고 추정 점수만으로 100% 자선 보조를 받은 경우, 환자가 받을 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계정에 납부된 금액 고려 후 미납 잔액으로 제한됩니다. 추정 점수에 따른 해당 여부 결정은 추정 점수 배정이 수행된 치료 건에만 적용됩니다.
6. 기관을 "네트워크 외"로 간주하는 보험 제도에 가입한 환자의 경우 기관은 환자의 보험 정보, 기타 관련 사실, 상황을 검토하여 해당 상황이 아닐 경우 환자에게 제공될 수 있는 재정 지원을 감액하거나 거부할 수 있습니다.
7. [재정 지원에 해당되는 환자는 의료 행위에 대해 최대 20달러의 소액 정액 수수료를 부과받을 수 있습니다. 소액 정액 수수료는 의료 행위에 대한 AGB 요금을 초과하지 않습니다.]⁹
8. 환자는 재정 지원 해당 여부에 대해 거부 통지를 받은 날로부터 역일 기준 14일 이내에 기관에 추가 정보를 제공하여 이의를 제기할 수 있습니다. 모든 이의 제기는 기관에서 최종 결정을 위해 검토합니다. 최종 결정에서 이전 재정 지원 거부가 확정되는 경우, 환자에게 서면 통지가 발송됩니다. 환자와 가족이 기관의 재정 지원 자격 결정에 이의를 제기하는 절차는 다음과 같습니다.

재정 지원 정책

2025.08.18

- a. 환자는 증빙 서류와 함께 이의 제기에 대한 설명을 martin.cook@crosscreekhospital.com에 이메일로 보내거나, 512-215-3900번에 전화하시거나, 어센션 세튼 병원과 크로스 크릭 투게더 협업체에 Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital, ATTN: Business Office, 8402 Cross Park Dr, Austin, TX 78754 주소로 우편을 보낼 수 있습니다.
- b. 모든 이의는 기관의 재정 지원 이의 위원회에 의해 고려되며 위원회의 결정은 이의를 제기한 환자 또는 가족에게 서면으로 발송됩니다.

재정 지원에 해당되지 않는 환자를 위한 기타 지원

위에서 설명한 바와 같이 재정 지원에 해당되지 않는 환자여도 본 기관에서 제공하는 다른 유형의 지원을 받을 수 있습니다. 완전성을 위해, 이러한 다른 유형의 지원은 여기에 나열되어 있습니다. 단, 이러한 지원은 요구 기반이 아니며 501(r)이 적용되지 않으나, 본 기관이 섬기는 지역 사회의 편의를 위해 본 문서에 포함되었습니다.

1. 재정 지원에 해당되지 않는 무보험 환자는 해당 기관의 최고 납부자에게 제공되는 할인을 기준으로 할인을 받게 됩니다. 최고 납부자는 환자 수 또는 총 환자 수익 기준으로 기관 전체 인구의 최소 3%를 차지해야 합니다. 단일 납부자가 이 최소 수준을 차지하지 못하는 경우, 두 가지 이상의 납부자 계약을 평균화하여 평균화 계정에 사용된 지불 조건이 해당 연도 기관 사업 규모의 최소 3%를 차지해야 합니다.
2. 무보험 및 보험 환자 중 재정 지원에 해당되지 않는 환자는 즉시 지불 할인을 받을 수 있습니다. 즉시 지불 할인은 바로 위 문단에 설명된 무보험 할인과 함께 제공될 수 있습니다.

재정 지원 해당 환자 대상 부과금 한도

재정 지원 해당 환자는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 총 AGB를 초과하는 개별 진료비를 청구받지 않으며, 기타 모든 의료 행위에 대해 총 부과금을 초과하는 금액을 청구받지 않습니다. 본 기관은 "회고적" 방식을 사용하여 하나 이상의 AGB 비율을 계산하며,

재정 지원 정책

2025.08.18

여기에는 메디케어 행위별 수가제와 본 기관에 청구 금액을 지불하는 모든 민간 건강 보험사가 포함됩니다. 이는 모두 501(r)에 따라 적용됩니다. AGB 계산 설명 및 비율은 기관 웹사이트를 방문하시거나 Daniel.stevens@acadiahealthcare.com으로 이메일을 보내시거나 Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital, ATTN: CFO, 8402 Cross Park Dr, Austin, TX 78754로 서신을 보내 요청하실 수 있습니다.

재정 지원 및 기타 지원 신청

환자는 추정 점수 요건을 통해 재정 지원에 해당되거나 작성된 FAP 신청서를 제출하여 재정 지원을 신청할 수 있습니다. FAP 신청서 및 FAP 신청 지침은 본 기관 웹사이트에서 확인하시거나 martin.cook@crosscreekhospital.com에 이메일 또는 Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital, 8402 Cross Park Dr, Austin, TX 78754에 서신을 보내 요청하세요. 무보험자인 경우에 재정 지원을 받으려면 재정 상담사를 통해 해당될 수 있는 메디케이드 또는 기타 공공 지원 프로그램에 신청하여야 합니다(추정 점수를 통해 승인된 경우는 제외). 환자가 FAP 신청서 또는 추정 점수 배정 과정에 있어 허위 정보를 제공한 경우, 제공된 치료비에 대한 보험금 위임 또는 보험사가 직접 기관에 지불할 권리를 거부하는 경우, 환자가 해당될 가능성이 있는 메디케이드 또는 기타 공공 지원 프로그램에 신청하기 위해 재정 상담사와 협업하는 것을 거부하는 경우 (추정 점수를 통해 승인된 경우는 제외), 재정 지원이 불허될 수 있습니다. 본 기관은 현재 치료 건의 재정 지원 해당 여부를 판단하는 데 있어 6개월 이내에 작성된 FAP 신청서를 고려할 수 있습니다. 본 기관은 해당 판단일보다 6개월 전에 작성된 FAP 신청서는 고려하지 않습니다.

청구 및 추심

치료비 미납 시 기관에서 취할 수 있는 조치는 별도의 청구 및 추심 정책에 명시되어 있습니다. 청구 및 추심 정책의 무료 사본은 본 기관 웹사이트에서 확인하시거나 martin.cook@crosscreekhospital.com으로 이메일 또는 Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital, 8402 Cross Park Dr, Austin, TX 78754로 우편을 보내 요청하세요.

해석

어센션 세튼 병원과 크로스 크리크 투케더 협업체

재정 지원 정책

2025.08.18

본 정책 및 모든 해당 절차는 501(r)을 준수하도록 의도되었으며, 구체적으로 명시된 경우를 제외하고 501(r)에 따라 해석되고 적용됩니다.