제목: 환자 재정 지원 및 할인 지불 프로그램		**번호:** L3003
매뉴얼: 관리	**섹션:** 재정	**발효 날짜:** 2025년 8월 25일

I. 목적:

A. 환자 재정 지원 및 할인 지불 프로그램 정책의 목적상 CHOC Enterprise란 CHOC와 제휴한 의료 기관, 서비스, 제공자의 집합적 네트워크를 의미합니다. CHOC Enterprise에는 다음과 같은 독립체가 포함됩니다:

1. CHOC 병원 - 캘리포니아주 Orange에 위치한 주요 소아과 병원으로 아동을 위한 전문 의료 서비스 및 치료를 제공합니다.
2. Mission 병원 CHOC - 캘리포니아주 Mission Viejo에 위치한 Providence Mission 병원 내의 의료 시설로, 소아과 치료 및 전문 서비스를 제공합니다.
3. CHOC 전문의 - CHOC 네트워크에서 다양한 소아과 하위 전문 분야에 대한 전문적인 치료를 제공하는 소아과 전문의 집단입니다.
4. CHOC Primary Care Network - 출생 직후부터 청소년기까지 종합적인 의료 서비스를 제공하는, CHOC와 제휴한 1차 의료 제공자 네트워크입니다.

이러한 독립체들은 함께 CHOC Enterprise(이하 CHOC)를 구성하여 다양한 전문 분야와 장소에서 양질의 소아과 진료를 제공하며, 본 재정 지원 정책에 명시된 약관의 적용을 받습니다.

B. CHOC는 환자의 재정 상태를 불문하고 모든 환자에게 양질의 의료를 제공하기 위해 노력합니다. 재정 지원 프로그램의 기준을 충족하는 환자는 의료 비용의 전부 또는 일부에 대해 재정 지원을 받을 수 있습니다. 재정 지원을 신청하려면 웹사이트(www.CHOC.org/patients-family/pay-bill)를 방문하십시오. 또 CHOC는 의학 교육과 의학 연구의 측면에서 광범위한 지역사회에 혜택을 제공합니다.

C. 이 정책에 따라, 보험에 가입하지 않았거나 보험이 부족하며 자비로 의료비를 지불할 능력이 없는 환자에게 재정 지원이 제공될 수 있습니다. 재정 지원 프로그램의 자격은 연령, 성별, 성적 지향, 민족, 출신 국가, 장애, 종교에 근거하여 결정되지 않습니다.

D. 경우에 따라 재정 상태 때문에 의료 서비스 비용의 지불이 어렵거나 불가능한 환자에게 재정 지원을 확대할 수 있습니다. CHOC에서 치료의 필요성에 대한 평가는 임상적 판단에 따라 이루어집니다. 환자의 담당 의사 또는 응급실 의사의 임상적 판단이 환자가 CHOC에서 서비스를 받을 수 있는 유일한 결정 기준이 됩니다.

E. 이 정책은 CHOC Medical Foundation을 포함한 모든 CHOC 입원 및 외래 환자에게 적용됩니다. CHOC는 최신 재정 지원 신청서를 바탕으로 재정 지원

Copyright 2025. Children's Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

자격을 결정합니다. CHOC는 재정 지원 정책(FAP) 자격이나 결정에 대해 외부에 문의하지 않습니다.

II. 정의:

A. 환자 데이터: 의료 기록 번호, 환자 이름, 생년월일, 보험 상태, 기타 지원에 대한 자격.

B. 환자의 가족: 이 정책의 목적에 따르면 다음과 같습니다.

1. 18세 이상인 경우: 배우자, 캘리포니아 가족법 297조에 정의된 동거 파트너, 21세 미만의 부양 자녀, 장애가 있는 경우 나이 무관(동거 여부와 무관).
2. 18세 미만이거나 18세 이상 20세 이하 부양 자녀의 경우, 부모, 보호자 친척, 부모 또는 보호자 친척의 다른 21세 미만 부양 자녀(장애가 있는 경우 나이 무관)로서, 사회보장법 제16편 A부 제1614(a)조의 규정과 일치하는 경우.

III. 정책:

A. CHOC의 보증금 요건을 충족하지 못하는 모든 환자에 대한 재정 심사 절차를 통해, 등록 시 재정 지원 자격을 결정하는 것이 CHOC의 정책입니다.

B. 이 정책은 환자 또는 환자 가족이 지불 의사가 없는 경우와 지불 능력이 없는 경우를 구분하여, 불량 채무 환자와 재정 지원 대상 환자를 구분합니다. 환자 및/또는 환자 가족이 지불 불능을 입증하기 위한 정보 요청에 응하지 않을 경우 재정 지원 프로그램의 대상자로 고려될 수 있는 자격이 박탈될 수 있습니다.

C. 등록 시점에 재정 지원을 받을 자격을 확인하는 것이 CHOC의 목표입니다. 그러나 응급 치료로 인해 환자의 보험 또는 재정 상황에 관한 완전한 정보를 얻을 수 없거나 환자/보증인 또는 환자 가족의 재정 여건이 변경되는 경우, 재정 지원 환자 지정은 서비스 제공 후에도 이루어질 수 있으며, 경우에 따라 환자 청구서가 발급된 후에도 이루어질 수 있습니다.

D. 담당 의사 또는 의료인이 확진 환자에 대한 재정 지원을 사전에 추진하고자 하는 경우, 재정 지원 요청 프로토콜은 온라인 양식 은행의 Paws에서 확인할 수 있습니다.

E. 재정 지원 서비스를 요청하거나 제공받는 모든 사람의 경우 정보 기밀과 환자의 존엄성이 유지됩니다.

F. 병원 응급실에서 서비스를 받는 환자도 응급실 의사 진료비를 지불할 때 재정 지원을 받을 자격이 있습니다. 응급실 의사 청구 회사는 보건안전법 제127405(a)(1)(B)조에 따라 요구되는 바와 같이 병원의 FAP 자격 결정에 의존합니다.

G. 아래는 병원 자체를 제외하고, 병원에서 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 의료 제공자 목록입니다. 편의를 위해 치료 범주별로 나열되어 있습니다. 이 목록에는 의료 제공자에게 병원의 FAP가 적용되는지 여부가 표시됩니다.

Copyright 2025. Children's Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

의료 전문 분야/진료과	병원 FAP 적용 대상	병원 FAP 적용 대상에서 제외됨
알레르기 및 면역	x	
마취과		x
심혈관 질환	x	
치과		x
진단방사선과	x	
응급실		x
소화기내과	x	
일반/가정의학과	x	
일반 외과		x
내과	x	
신경외과		x
신경과	x	
산부인과	x	
산업의학	x	
종양학과	x	
안과	X	
모든 외과 의사		x
이비인후과	x	
병리과		x
소아과	x	
물리의학/재활	x	
성형외과	x	
족부학		x
폐 질환	x	
치료방사선과	x	
흉부외과		x
비뇨기과	x	
기타: 정신과	x	
기타: 임상유전학	x	
기타: 피부과	x	
기타: 내분비과	x	
기타: 혈액학	x	
기타: 입원 전담 전문의	x	
기타: 감염성 질환	x	
기타: 신생아학	x	
기타: 신장학	x	
기타: 류마티스학	x	
기타 수면제	x	

Copyright 2025. Children's Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

IV. 절차:

A. 자격 요건

1. 재정 지원 여부는 환자 또는 환자 가족의 재정 상태를 파악하여 결정합니다. 이러한 결정은 등록 시점이나 그 이전, 또는 가능한 한 빠른 시일 내에 이루어져야 합니다. 응급 입원과 같은 일부 경우에는 환자가 퇴원할 때까지 재정 지원 프로그램에 대한 자격을 확인할 수 없을 수도 있습니다. 이러한 경우, 또는 입원 중이나 퇴원 후에 환자 또는 환자 가족의 재정 상태에 변화를 주는 사건이 발생하는 경우, 환자가 재정 지원 프로그램의 자격 요건을 충족한다는 결정 시점은 재정 지원 프로그램에 대한 환자의 자격에 영향을 주지 않습니다.
2. 환자가 CHOC를 방문하는 시점 또는 그 이전에 재정 지원 프로그램에 대한 환자의 자격을 확인하는 일은 환자를 등록하는 부서의 책임입니다. 이를 위해서는 환자 또는 환자 가족이 '재정 정보 공개' 진술서를 작성해야 합니다. 여기에는 환자 또는 환자 가족의 연간 가족 소득을 확인하기 위한 관련 문서(최근 급여 명세서, 소득세 신고서 또는 기타 문서)의 사본도 포함될 수 있습니다. 위에 설명한 바와 같이 서비스 시점에 자격 여부를 확인할 수 없는 경우, 환자 재정 서비스 부서는 환자 또는 환자 가족과 협력하여 자격 여부를 결정합니다.
3. 보험에 가입한 환자 또는 환자 가족이라도 청구서 중 보험이 적용되지 않는 부분에 대해 재정 지원 프로그램의 자격 요건을 충족할 수도 있습니다. 여기에는 공제액, 공동보험금, 보험이 보장하지 않는 서비스가 포함될 수 있습니다. 환자의 자격 여부 결정은 보험에 가입하지 않은 환자와 동일한 지침에 따라 이루어집니다.
4. 보험 가입 여부에 상관없이 고액 의료비 환자는 재정 지원 프로그램 자격을 갖게 될 수 있습니다. 여기에는 지난 12개월 동안 병원에서 발생한 연간 본인 부담액이 가족 소득의 10%를 초과한 환자가 포함됩니다. 본인 부담액이란 보험 또는 건강 보험 프로그램으로 보상받지 못하는 모든 의료비를 말합니다.
5. 자격 기간.
   a. 자격 요건을 충족한다고 판단되는 환자에게는 6개월 동안 재정 지원이 제공될 수 있습니다.
6. **재정 지원 금액 계산하기.**
   a. CHOC는 급여, 복지 수당, 사회보장 수당, 파업 수당, 실업 수당, 자녀 양육비, 위자료, 배당금, 이자 등 환자의 가족 소득에 대한 정보를 얻게 됩니다. 가구 총 소득을 표(수가표 A 참고)와 비교하여 연방 빈곤 가이드라인에 따라 환자의 재정 지원 자격을 결정합니다.

Copyright 2025. Children's Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

보험이 없는 환자, 또는 연간 가구 소득이 빈곤 가이드라인의 550% 이하인 고액 의료비 환자라면 누구나 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 소득이 빈곤 가이드라인의 400% 이상 550% 미만인 환자에게는 부분적으로 재정 지원을 고려할 수 있습니다.

b. 연 소득이 연방 빈곤 가이드라인의 400% 이하인 가구는 100% 재정 지원 조정 대상에 해당합니다. 보험이 없거나 부족하며, 지원 신청서에 따라 파악된 가구 소득이 빈곤 가이드라인의 400% 이하인 환자는 무료로 치료를 받을 수 있습니다.

c. 자선 진료를 제공할 때 CHOC는 응급 치료나 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 보험이 적용되는 환자들에게 일반적으로 청구되는 금액(AGB)을 고려해야 하며, 자선 진료를 받기로 승인된 환자에게는 다른 의학적으로 필요한 서비스에 대해서도 AGB를 초과하는 금액을 청구하지 않도록 보장할 법적 의무가 있습니다.

d. CHOC Community Clinic 환자는 이 정책에 설명된 대로 연방 빈곤 가이드라인의 200% 미만에 해당하는 환자의 방문 건당 공동부담금을 차등 계산하는 수가표 B에 따라 재정 지원을 받을 수 있습니다.

e. 재정 지원을 신청한 환자 중 전액 또는 일부 승인을 받은 경우, 그 승인 내역은 응급실 의사 청구 회사에 전달됩니다. 응급실 의사 청구 회사는 보건안전법 제127405(a)(1)(B)조에 따라 병원이 결정한 FAP 자격 판단에 의존합니다.

7. **할인 지불 정책**

a. 가구 소득이 연방 빈곤 수준의 401%에서 450% 사이인 환자의 경우, 병원은 청구된 진료비에서 75% 할인된 금액에 해당하는 개인 부담 수가표를 제공할 수 있습니다. 이 수준에서 CHOC가 받게 되는 환급은 동일한 서비스 또는 서비스 세트에 대한 Medicare 또는 Medi-Cal 지급액 중 더 많은 쪽을 초과할 수 없습니다.

b. 가구 소득이 연방 빈곤 수준의 451%에서 550% 사이인 환자의 경우, CHOC는 청구된 진료비에서 50% 할인된 금액에 해당하는 개인 부담 수가표를 제공할 수 있습니다. 이 수준에서 CHOC가 받게 되는 환급은 동일한 서비스 또는 서비스 세트에 대한 Medicare 또는 Medi-Cal 지급액 중 더 많은 쪽을 초과할 수 없습니다.

8. CHOC 재정 지원 프로그램 자격 지침은 가장 최근에 발표된 연방 빈곤 가이드라인을 기반으로 합니다. 수가표 A는 매년 발표되는 연방 빈곤 가이드라인에 따른 가구 소득 기준선을 보여줍니다.

Copyright 2025. Children's Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

9. **월별 지불 계획 자격 요건**

a. 재정 지원 프로그램에 따라 요금을 일부 할인받을 자격이 있고 승인을 받은 환자 또는 환자 가족은 월별 지불도 가능합니다. CHOC와 환자 가족은 지불 계획의 조건을 협상할 수 있습니다. 환자 가족과 CHOC가 합의에 도달할 수 없는 경우, 환자 가족은 CHOC FAP 연장 지불 계획 양식(수가표 C)을 작성해야 합니다. 작성된 양식을 받으면 CHOC는 가족의 총 월 소득에서 가족의 필수 생활비를 뺀 금액을 평가합니다. 그 후 소득에서 필수 생활비를 차감한 금액의 10%를 초과하지 않도록 설정한 월별 지불 계획을 가족에게 제시합니다. 승인된 상환 기간 동안 CHOC는 할인된 계정 잔액에 이자를 적용하지 않습니다.

b. 환자 또는 환자 가족이 90일 동안 연속으로 납부하지 않으면 연장 할인 지불 계획이 무효 선언될 수 있습니다. 연장 지불 계획의 무효를 선언하기 전에 CHOC나 수금 대행사 또는 양수인은 마지막으로 알려진 전화번호로 전화를 걸고 마지막으로 알려진 주소로 서면을 보내, 연장 지불 계획이 무효가 될 수 있으며 환자 또는 환자 가족이 요청하는 경우 재협상할 기회가 생길 수 있음을 환자 또는 환자 가족에게 알리기 위해 합리적인 노력을 기울여야 합니다.

B. 예외:

1. 정상 참작 사유가 발생하는 경우, 특별한 고려를 통해서 정해진 기준을 충족하지 못하는 환자에 대한 재정 지원을 승인할 수 있습니다. CHOC 담당자는 재정 지원 프로그램과 관련해서 개별 환자 사례를 평가할 때 이 점을 숙지해야 합니다. 발생할 수 있는 모든 정상 참작 사유를 명확하고 완벽하게 나열할 수는 없지만, 고려해야 할 몇 가지 중요한 요소는 다음과 같습니다.

a. 총 소득 대비 환자 또는 환자 가족이 갚아야 할 금액. CHOC의 총 환자 자비 부담 비용이 이전 12개월 동안 환자 또는 환자 가족의 연간 소득의 10%를 초과하는 경우.

b. 환자 또는 환자 가족의 의료 제공자의 의료 상태.

c. 환자 또는 환자 가족이 CHOC와 협력하여 모든 다른 지불 방법을 모두 시도하는 데 동의하는 경우.

2. '정상 참작이 가능한 상황'에 해당하는 것으로 간주되는 모든 상황은 환자 재정 서비스 책임자에게 알려야 합니다. 이 범주에 해당하는 경우 재무 담당 전무 또는 최고재무책임자의 승인이 필요할 수 있습니다.

Copyright 2025. Children’s Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

C. 재정 지원 프로그램 승인/거부/이의 제기 절차

1. 본 정책에 명시된 지침을 충족한 후 재정 지원의 일부 또는 전체 조정이 권장되는 환자 계정은 다음과 같은 서명 승인 절차를 따라야 합니다:

   a. **CHOC(병원 및 클리닉)**

최대 $2,000	수익 주기 담당자
최대 $10,000	수익 주기 부서 감독자
최대 $50,000	수익 주기 부서 감독자
최대 $100,000	수익 주기 부서 관리자
최대 $250,000	수석/전무 이사
최대 $1,000,000	수익 주기 부사장
$1,000,000 초과	최고재무책임자

   b. **CHOC Medical Foundation**

최대 $2,000	수익 주기 담당자
최대 $10,000	수익 주기 부서 감독자
최대 $50,000	수익 주기 부서 감독자
최대 $100,000	수익 주기 부서 관리자
최대 $250,000	수석/전무 이사
최대 1,000,000	수익 주기 부사장
$1,000,000 초과	최고재무책임자

2. 재정 지원 프로그램에 대한 환자 계정의 승인 또는 거부 결정이 내려지면 환자에게 결정을 알리는 서신이 발송됩니다. 재정 지원 프로그램 신청이 거부된 경우, 계정에 대한 지불 준비를 위해 CHOC 담당자가 환자 또는 환자 가족에게 연락할 것입니다.
3. **이의 제기 절차:**
   재정 지원 승인 절차의 어느 시점에서든 신청에 이의가 있는 경우, 환자 또는 환자 가족은 다음 단계의 승인 절차에서 신청에 대한 재검토를 요청할 권리가 있습니다. 재정 지원 거부에 대한 최종 결정은 전적으로 부사장 및 최고재무책임자에게 있으며, 이들의 결정이 최종 결정으로 간주됩니다.
4. 환자 또는 환자 가족의 이의 제기는 최초 거부 통지를 받은 날로부터 30일 이내에 환자 회계 책임자에게 서면으로 제출해야 합니다.
5. 재정 지원 프로그램을 제공한다고 해도 신청 과정에서 허위, 부정확하거나 불완전한 정보가 제공된 경우, 모든 서비스에 대해 소급하여 청구 또는 서비스 제공 시 청구할 수 있는 권리가 여전히 존재합니다. 또 CHOC는 재정

Copyright 2025. Children's Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

지원 프로그램 자격을 얻기 위해 허위, 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 자에 대해 민사 및 형사상의 손해배상을 포함한 모든 법적 조치를 취할 권리를 보유합니다.

D. 재정 지원 프로그램: 환자 또는 환자 가족에 대한 알림

1. CHOC 환자 명세서는 CHOC 재정 지원 프로그램 정책에 대한 안내와, 지원에 대한 추가 정보를 얻을 수 있는 연락처 정보를 제공합니다. 이 통지서에는 캘리포니아주 의료서비스부가 정한 기준에 따라, 영어와 캘리포니아 내 영어 비숙련(LEP) 사용자가 사용하는 상위 15개 언어로 제공되는 아래 문구가 포함된 태그라인 시트를 첨부해야 합니다. “주의: 사용하는 언어에 관해 도움이 필요하신 경우, [환자에게 상세 정보를 제공하는 담당처 전화번호]번으로 연락주시기 바랍니다. 사무소 영업 시간은 [영업 시간]이며, 주소지는 [사무소 위치 정보]입니다. 점자 문서, 큰 글씨 문서, 오디오 자료 및 기타 접근 가능한 전자 형식 등 장애인을 위한 보조 도구와 서비스도 제공됩니다. 해당 서비스는 무료입니다”. 또한 모든 환자 명세서에는 환자 가족이 California Health Benefit Exchange와 카운티 및 주 정부 지원 의료 보험에 대한 정보를 얻을 수 있는 방법에 대한 정보가 포함됩니다. 병원에서는 주 및 카운티 플랜 신청서를 배포합니다.
2. 재정 지원 프로그램의 요약과 연락처 정보는 입원 창구, 응급실, 클리닉, 외래 환자 등록, 원무과 등 CHOC의 유동인구가 많은 구역에 영어와 스페인어로 게시됩니다.
3. CHOC는 서비스 제공 시점에 모든 자비 부담 환자에게 재정 지원 프로그램 안내문과 연락처 정보, 정부 후원 프로그램에 대한 정보, California Health Benefits Exchange에 대한 연락처 정보를 제공합니다.

E. 추심 절차:

1. 환자가 재정 지원 프로그램에 따른 지원을 받을 자격이 있고 합리적인 기간 내에 미납 청구서를 해결하기 위해 모든 노력을 기울이고 있으며, 환자의 신용에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 경우 CHOC 또는 그 대리인은 미납 계정을 외부 기관에 보내거나 보낼 것을 암시해서는 안 됩니다. CHOC가 해당 계정을 외부 추심 대행사에 넘겨야 하는 경우, 대행사에 넘겨지는 금액은 환자가 재정 지원 프로그램에 따라 감액 받을 수 있는 지불 수준을 반영해야 합니다. CHOC는 과도한 추심을 하지 않습니다. 환자가 CHOC 계좌에 총 환자 부담 금액을 초과하여 지불하는 경우, CHOC는 병원이 환자 지불금을 수령하고 환자 크레딧으로 확인된 날부터 현행법에 명시된 이자율에 따라 발생한 이자와 함께 초과된 지불금을 환자에게 환불합니다. 그러나 그 금액이 $5.00 미만인 경우 CHOC는 환자에게 상환하거나 이자를

Copyright 2025. Children’s Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

지급할 의무가 없습니다. 병원은 해당 기간 동안 발생한 환자 잔액에 대해 최소 60일 동안 $5.00 크레딧을 인정합니다.

2. 연방 빈곤선 400% 이하이며 보험이 없는 환자의 경우, CHOC는 미납 CHOC 청구서를 징수하기 위한 수단으로 환자 또는 환자 가족의 임금을 압류하거나 주 거주지에 대한 유치권을 사용해서는 안 됩니다. 이 요건은 CHOC가 제3자 책임 합의금을 통해 상환을 추구하는 일을 배제하지 않습니다.

F. 재정 지원 프로그램 할인을 위한 서류

환자가 재정 지원 프로그램의 자격 요건을 충족한다고 결정된 경우, 환자를 쉽게 식별하고 재정 지원 자격의 결정 근거에 대한 적절한 기록을 유지하기 위해 환자의 파일을 적절히 문서화하는 것이 중요합니다. 각 재정 지원 사례에 필요한 최소 서류는 다음 중 하나로 제한될 수 있습니다.

1. 환자 또는 환자 가족이 작성한 재정 정보 공개서 사본 및 그에 대한 모든 증빙 서류[예: 전년도 세금 신고서(권장 서류), W-2 양식, 최신 급여 명세서].
2. 재정 지원 프로그램 자격 결정 시 고려된 정상 참작 사유를 설명하는 추가 문서, 메모 등의 사본(사용 가능하거나 필요한 경우).
3. 해당 병원 담당자가 서명한 '재정 지원 승인서' 사본(가능한 경우).
4. 최근 1년 이내의 파산 증명 서류(재정 지원 프로그램 자동 자격 부여).

G. 보고서

재정 지원은 다음 정보와 함께 기록되어야 합니다.

1. 보호 대상 건강 정보(PHI)로 구성된 환자 데이터는 개인정보와 비밀을 보호하는 방식으로 관리되며 재정 지원 프로그램의 이행에 필요한 경우에만 기록됩니다.
    a. 입원 또는 외래 여부
    b. 환자에 대한 총 청구액
    c. 재정 지원 지출 내역(승인 및 거부)
    d. 승인/거부 날짜
    e. 거부된 경우 거부 사유
2. 모든 신청 파일은 비밀로 유지되며, 신청일과 CHOC 회계연도 감사가 완료된 날 이후로 최소 3년 동안 안전한 장소에 보관됩니다. 모든 재정 지원 프로그램 기록은 7년 동안 유지됩니다. 해당 기간이 종료되면 모든 정보는 환자의 개인정보와 비밀을 보호하기 위해 파기되거나 적절한 방법으로 보관됩니다.
3. 이 정책은 수혜자에 대한 혜택을 제거하거나 축소하기 위해 수정할 수 없습니다. 이 정책에 대한 모든 변경 제안은 준법 감시 부서의 사전 승인을 받아야 합니다.

Copyright 2025. Children’s Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

V. 참고 자료:

A. 수익 주기 관리, Zimmerman 및 담당자. 2002년 12월.

B. California Hospital Association, 저소득 무보험 환자 지원을 위한 자발적 원칙 및 지침 2004년 2월 6일.

C. American Hospital Association, 병원 청구 및 추심 관행에 관한 원칙 및 지침 성명서 2004년 4월 27일.

D. Assembly Bill 774 Chan-Hospitals: fair pricing policies.

E. California Hospital Association, 자선 진료 요건 시행 AB 774 2006년 11월 3일.

F. Barclays California 캘리포니아 규정집, 제22편, 제7장, 제75049조.

G. 보건복지부, 연방 빈곤 소득 지침. https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

H. 보건센터 프로그램 법령: 공중보건법 제330조(미국 연방 법전(U.S.C.) 제42편 제254b조).

I. 프로그램 규정 미국 연방 규정집 제42편(42 CFR) 제51c부 및 42 CFR 제56.201~56.604조 — 지역사회 및 이주민 보건센터 관련 — California Hospital 공정 가격 정책 관련 캘리포니아 공중보건국(CDPH) AFL 공지 2014년 11월 5일.

정책 기여자, 승인, 기록

정책 기여자	
퍼실리테이터:	환자 계정 관리자
정책 협력자:	
부서장:	수익 주기 담당 상무
경영진 관리 팀원:	수익 주기 담당 전무 Ken Baxter

Copyright 2025. Children's Hospital of Orange County. 모든 권리 보유. 이 자료의 어떤 부분도 CHOC 관리의 서면 허가 없이 어떤 형태로든 복제할 수 없습니다.

수가표 A

2025년 연방 빈곤 가이드라인 발표				
가구 구성원 수	최대 100%	최대 400%	최대 450%	최대 550%
1	$15,650	$62,600	$70,425	$86,075
2	$21,150	$84,600	$95,175	$116,325
3	$26,650	$106,600	$119,925	$146,575
4	$32,150	$128,600	$144,675	$176,825
5	$37,650	$150,600	$169,425	$207,075
6	$43,150	$172,600	$194,175	$237,325
7	$48,650	$194,600	$218,925	$267,575
8	$54,150	$216,600	$243,675	$297,825
할인	100%		75%	50% 보험에 가입하지 않은 환자

수가표 B

차등 수가표 **연방 빈곤 수준(FPL) 월 총 소득 가이드라인** 가구 규모별 - 2025년부터 적용			
건강 플랜 코드	**1차 의료 자선**	**자비 부담 - 특별약정**	**자비 부담**
FPL 가이드라인	**100% 이하**	**101% - 200%**	**200% 초과**
사람/가족 수			
1	$0-$1,304	$1,305 -$2,608	$2,609 이상
2	$1,763	$1,764 - $3,525	$3,526 이상
3	$2,221	$2,222 - $4,442	$4,443 이상
4	$2,679	$2,680 - $5,358	$5,359 이상
5	$3,138	$3,139 - $6,275	$6,276 이상
6	$3,596	$3,597 - $7,192	$7,193 이상
7	$4,054	$4,055 - $8,108	$8,109 이상
8	$4,513	$4,514 - $9,025	$9,026 이상
CMG **서비스 요금**	$10 방문 진료 $0 독감 백신만 접종 Gateway에 WCC 서비스 적용	$60 신규 방문 진료 $40 기존 방문 진료 $25 독감 백신만 접종 Gateway에 WCC 서비스 적용	$85 방문 진료 및 부분 진료 $25 독감 백신만 접종 $100 정기검진
Breathmobile 서비스 요금	$25 진료실 방문 $0 독감 백신만 접종	$25 진료실 방문 $25 독감 백신만접종	$25 진료실 방문 $25 독감 백신만접종
검사실	'환자에게 청구' 방문 시 할인된 클리닉 요금을 지불하지 않는 경우 '클리닉에 청구'	'환자에게 청구' 방문 시 할인된 클리닉 요금으 지불하지 않는 경우 '클리닉에 청구'	'환자에게 청구' (일반 요금으로 검사실/방사선과에서 청구서 수신)
방사선과	'환자에게 청구'	'환자에게 청구'	'환자에게 청구' (일반 요금으로 방사선과에서 청구서 수신)
처방약	처방전 발급 환자 지불	처방전 발급 환자 지불	처방전 발급 환자 지불
물품 (예: 스페이서, 목발)	필요에 따라 클리닉 재고에서	필요에 따라 클리닉 재고에서	

수가표 C

CHOC/CCMH FAP 연장 지불 계획 양식

날짜:	**진료일(DOS):**
환자 이름:	**ADJ 날짜:**
월 소득: $	
필수 생활비를 제외한 금액:	
임대료/주택 대출 상환	**$**
유지 관리	**$**
식료품	**$**
가정용품	**$**
공과금	**$**
의류	**$**
의료비	**$**
보험금	**$**
학교/어린이집	**$**
자녀/배우자 부양	**$**
교통	**$**
자동차 세금/연료/수리/보험	**$**
자동차 할부금	**$**
세탁/청소	**$**
총 비용	**$**

생활비 제외 총 소득 **$**_____

연장 지불 계획, 월별 지불 **$**_____