

발효일: 2024 년 2 월 20 일

정책 제목:

환자를 위한 재정 지원

년마다 다음 기관의 심사를 받아야 합니다:

트리니티 헬스 이사회(Trinity Health Board of Directors)

검토일: 2027 년 3 월 1 일

정책

트리니티 헬스(Trinity Health) 및 산하 각 기관은 관련 주법 또는 연방법에 따라 제공되는 응급 및 비선택적 의학적 필수 서비스와 관련하여 환자들에게 재정적 지원 및 후원이 필요한 경우 이를 해결하는 것을 정책으로 삼고 있습니다. 각 산하 기관의 재정 지원 및 지원 대상 여부는 상세한 기준에 따라 개별적으로 결정되며, 여기에는 환자 및/또는 가족의 의료적 필요, 재정적 여건 및 의무에대한 종합적 평가와 심사를 포함합니다. 트리니티 헬스(Trinity Health)는 지불 능력이 있는 개인으로부터 서비스 대금을 지급받기를 기대합니다(본 정책에 정의된 바와 같이) .

트리니티 헬스는 환자들에게 재정 지원을 제공 시 일관된 접근 방식을 취하고 있으며, 이 접근 방식은 시스템 거버넌스 차원에서 승인되어 전사적 절차와 가이드라인에 따라 모든 산하 기관에서 시행되고 의무적으로 준수됩니다. 역동적으로 변화하는 환경 특성상, 그 영향은 면밀히 모니터링될 것이며 필요에 따라 재검토될 것입니다. 각 산하 기관은 자격 요건, 통지, 신청, 이의 제기 및 보고와 관련하여 해당 주법을 준수할 것입니다.

I. 재정 지원 자격 기준

이 섹션에 명시된 재정 지원은 서비스 지역 내에 거주하는 환자에게 제공됩니다 (본 정책에 정의된 바와 같이). 또한, 각 산하 기관은 해당 부처 재정 지원 정책(FAP)에 따라 자격을 갖춘 관할 지역 외 환자 중 응급 또는 생명을 위협하는 상태로 응급 의료 서비스를 받는 환자에게 재정 지원을 제공할 것입니다

트리니티 헬스는 병원 시설 내 서비스(그리고 병원과 밀접하게 연결된 별도 기관이 병원 안에서 제공하는 서비스까지 포함)에 대한 재정 지원을 제공하며, 각 산하 기관은 다음 서비스에 대한 재정 지원을 제공합니다:

- A. 다음 대상자에 대한 모든 의학적으로 필요한 치료 및 응급 의료 처치
 - 1. 재정 지원을 신청하여 자격이 있다고 판정된 자비 부담 환자,
및
 - 2. 재정 지원 대상으로 추정되는 환자들.
- B. 본 정책에 명시된 바와 같이 산하 기관이 제휴하거나 계약을 체결한 보험사/보험 가입자로부터 보험 혜택을 받는 환자가 부담해야 하는 특정 비용.

산하 기관의 병원 응급실을 방문하는 모든 환자에게는 환자의 지불 능력이나 지불 출처와 관계없이 응급 의료 서비스가 제공됩니다. 이러한 의료 서비스는 환자의 상태가 안정될 때까지, 즉 진료비 결제 방식이 결정되기 전까지 계속 제공됩니다.

다음과 같은 서비스는 트리니티 헬스의 재정 지원을 받을 수 없습니다:

- A. 의학적 필요성이 인정되지 않는 미용 시술 및 기타 선택적 시술과 서비스.
- B. 산하 기관에서 제공하거나 청구하지 않는 서비스(예: 개인 의사의 진료, 개인 간호, 구급차 이송 등).
- C. 각 산하 기관은 다른 의료기관에서 보험 프로그램의 적용을 받는 서비스라도 트리니티 헬스 산하 병원에서는 보험 미적용되는 서비스의 경우 제외할 수 있습니다. 단, 연방 '응급의료 및 분만 법(EMTALA)'의 의무 사항은 충족되어야 합니다.

다음과 같은 환자는 트리니티 헬스의 재정 지원을 받을 수 있습니다:

- A. 가족 소득이 연방 빈곤선(FPL)의 200% 이하인 무보험 환자는 받은 진료비 전액을 감면받을 수 있습니다.
- B. 무보험 환자와 가족 소득 할인율이 더 높은 주에서 진료를 받는 의료보험 가입 환자도 진료비 할인을 받을 수 있습니다.
- C. 가족 소득이 연방 빈곤선(FPL)의 200%를 초과하지 않는 무보험 환자 연방 빈곤선(FPL)의 400%(또는 해당 주법에서 요구하는 더 높은 비율)에 해당하는 소득자는 제공받은 서비스 요금에 대한 할인 혜택을 받을 수 있습니다.

이 수준의 재정 지원 수급 자격이 있는 환자에게는 산정된 일반 청구 금액(AGB)을 초과하는 금액이 청구되지 않습니다.

D. 가족 소득이 연방 빈곤선(FPL)의 400% 이하인 보험 가입 환자는 자격 요건을 충족합니다.

가족 소득이 연방 빈곤선(FPL)의 400% 이하인 보험 가입 환자는 본인 부담금, 공제액 및 공동부담금에 대한 재정 지원을 받을 수 있으며, 다만, 해당 환자의 보험사와의 계약상 이러한 지원 제공이 금지된 경우는 제외합니다.

의료비 부담이 큰 환자들에게도 재정적 지원이 제공됩니다. 의료비 빈곤 환자(A medically indigent patient)는 재정 지원을 신청한 피보험자로서, 중대한 사정으로 인해 특정 치료 과정의 의료비가 가구 소득의 20%를 초과하는 경우를 말합니다. 가구 소득의 20%를 초과하는 금액(해당 주 법률에 따라 더 낮은 비율을 규정하고 있는 경우에는 그 비율을 적용)에 대해서는 피보험자의 본인 부담금, 공동 부담금 및 공제액에 대해 재정 지원이 적용됩니다. 무보험자 중 의료적 빈곤 환자에 대한 의료비 할인액은 해당 서비스에 대한 보건부 일반 의료비 기준(AGB)보다 낮지 않아야 하며, 또는 환자의 재난적 의료비를 가족 소득 대비 20% 수준으로 낮추는 금액 이상이어야 합니다.

II. 환자에게 청구되는 금액 산정 기준

재정 지원 대상 환자는 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 AGB(최대 부담금) 이상의 비용을 청구받지 않습니다. 트리니티 헬스는 소급 산정 방식을 사용하여 AGB 를 산정하고, 이는 국세법 제 501(r)조에 따라, 지급된 메디케어 청구액의 합계를 제출된 총 청구액으로 나누어 계산합니다.

AGB 산정 방법 및 비율에 대한 설명서는 해당 산하 기관 웹사이트에서 무료로 확인하거나 고객 서비스 센터(708-401-7115)로 전화하여 받아보실 수 있습니다.

III. 재정 지원 신청 방법

환자는 작성 완료된 FAP 신청서를 제출하거나, 추정 점수 기준에 따라 재정 지원 대상 자격을 얻을 수 있습니다. 수급 자격은 서비스 제공일 당시 환자 및/또는 가족의 의료적 필요, 재정적 여건 및 의무를 평가하고 검토한 결과를 바탕으로 결정됩니다. 지원 대상자로 판정된 환자는 재정 지원 대상자로 인정받은 첫 진료일로부터 6 개월 동안 재정 지원을

받을 수 있습니다.

재정 지원 자격을 얻으려면 신청 절차 중(해당되는 경우) 환자의 전적인 협력이 필요하며, 여기에는 다음이 포함됩니다:

- A. FAP 신청서 작성 및 모든 필수 서류 제출; 및
- B. 정부 재정 지원 및 기타 프로그램을 포함하되 이에 국한되지 않는, 이용 가능한 모든 지원에 대한 신청 절차에 참여합니다.
- C. 재무 평가 정보 요건

소득 증빙 서류 - 무보험 환자

트리니티 헬스는 재정 지원을 신청하는 무보험 환자의 가족 소득을 확인하기 위해 소득 증빙 서류를 단 한 가지(1 종)만 요구합니다.

수용 가능한 소득 증빙 서류는 다음 중 하나에 한정됩니다:

- 신청자의 가장 최근 연방 또는 주 소득세 신고서 사본; 또는
- 신청자의 최근 W-2 양식 및/또는 1099 양식 사본; 또는
- 신청자의 최근 2 개월치 급여 명세서 사본; 또는
- 신청자의 고용주가 발급한 서면 소득 확인서(현금으로 급여를 받는 경우 포함); 또는
- 병원에서 허용하는 또 다른 타당한 제 3 자 소득 확인 방법.

자산 및 추정 자산 가치 정보

트리니티 헬스는 본 정책의 목적상 재정 지원 결정 절차의 일환으로 자산 정보를 요구하거나 수집하지 않습니다. 자격 요건은 본 문서에 명시된 소득 및 기타 관련 기준에 따라 결정됩니다.

월별 지출 내역

신청자는 경제적 어려움 평가에 도움을 주기 위해 월별 가계 지출 내역 정보를

제출해 달라는 요청을 받을 수 있습니다. 월별 지출에는 주거비, 공과금, 식비, 교통비, 보험료, 의료비, 육아비 및 기타 필수 생활비가 포함될 수 있으나, 이에 국한되지 않습니다. 지출 정보는 재정 지원 자격을 결정할 때 소득 및 자산 정보와 함께 종합적으로 검토됩니다.

잠정적 적격성 표시

트리니티 헬스는 소득 기준 정부 지원 프로그램 참여 여부, 과거 재정 지원 결정 내역, 또는 승인된 제 3 자 데이터 소스 등 이용 가능한 정보를 바탕으로 환자를 잠정적 재정 지원 대상자로 추정할 수 있습니다. 잠정 적격성 판정은 환자의 진료 기록에 기재되어야 하며, 일리노이주 관련 법률에 따라 적용되어야 합니다. 잠정적 추정 기준에 따라 지원 적격으로 판단된 환자는 추가 정보가 필요하지 않은 한, 별도의 재정 지원 신청서를 제출하지 않고도 재정 지원을 받을 수 있습니다.

각 산하 기관은 환자들이 자격 요건을 충족하고 의료 서비스 이용 및 비용 부담에 도움이 될 수 있는 공공 및 민간 지원 프로그램에 신청할 수 있도록 적극적으로 지원할 것입니다. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 경우, 각 산하 기관은 일정 기간 동안 보험료 지원을 제공하는 방안을 검토할 수 있습니다.

각 산하 기관은 미흡한 FAP 신청서를 제출한 환자에게 이를 알리고, 신청 절차를 완료하기 위해 필요한 추가 정보 및/또는 서류를 명시할 것이며, 해당 자료는 30 일 이내에 제출해야 합니다.

신청 기간 내에 FAP 신청서를 제출하지 않을 경우, 각 산하 기관은 재정 지원을 거부할 권리를 보유합니다.

재정 지원을 신청하고자 하는 환자는 다음과 같은 방법으로 FAP 신청서를 무료로 받아보실 수 있습니다:

A. 입학처, 응급실에서 FAP 신청서 사본 요구, 또는

재정 상담사에게 FAP 신청서 사본을 요청;

- B. 산하기관 웹사이트에서 FAP 신청서를 다운로드하여 프린트;
- C. 웹사이트에 게시되어 있으며 FAP 안내문 및 신청서에 기재된 현재 주소로 환자 업무 서비스 센터에 서면 요청서를 제출하거나; 또는
- D. 재정 서비스 부서(866-404-9382)로 전화하시거나, 웹사이트에 게시되거나 FAP 관련 공지 및 신청서에 기재된 최신 전화번호로 연락해 주시기 바랍니다.

IV. 자격 판정

트리니티 헬스는 예측 모델을 활용하여 환자들의 재정 지원 자격을 사전 승인할 예정입니다. 재정 지원에 대한 추정 자격 여부는 수익 주기의 어느 단계에서든 판단될 수 있습니다.

환자가 재정 지원 대상에 해당하지 않거나 FAP(재정 지원 프로그램)에서 제공하는 최대 지원 금액보다 적은 금액만 지원받을 자격이 있는 것으로 판명될 경우, 트리니티 헬스는 다음과 같이 조치합니다:

- A. 자격 결정의 근거와 환자가 이에 대해 이의 제기를 할 수 있는 방법, 또는 FAP에 따라 더 폭넓고 유리한 지원을 신청할 수 있는 방법을 환자에게 안내합니다;
- B. 환자는 최소 30 일 이내에 재정 서비스 부서에 전화(866-404-9382), 팩스(312-871-3350) 또는 서면(주소: 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152)으로 연락하여 이의를 제기하거나 추가 재정 지원을 신청할 수 있습니다.
- C. 신청 기간이 종료될 때까지는 환자가 제출한 모든 FAP 신청서를 처리합니다.

V. 효과적인 커뮤니케이션

모든 산하 기관은 해당 기관 내 공공장소에 산하 기관의 재정 지원 프로그램(FAP)에 대한 기본 정보를 제공하는 안내판과 브로셔를 게시해야 합니다. 모든 기관(Ministries) 해당 기관의 웹사이트에 FAP, 쉬운말 요약본 및 신청서를 게시하고, 환자의 요청이 있을 경우 해당 기관의 FAP, 쉬운말 요약본 및 신청서를 제공해야 합니다.

VI. 시설 이용료 안내

트리니티 헬스는 외래 진료 서비스에 전문 의료비 이외에 시설 이용료가 포함될 수 있는 경우, 합리적으로 가능한 한 빨리 환자에게 이를 안내할 것입니다.

환자들은 진료 당시에 서면 통지를 통해 이를 안내받을 수 있습니다.

시설비는 외래 진료 서비스에 부과되는 병원 비용으로, 공간, 장비, 인력 및 운영 비용 등을 충당하기 위한 것입니다. 이는 의료진이 청구하는 진료비와 별개입니다.

시설비는 병원 외래 진료 환경에서 필요한 추가 자원을 충당하는 데 쓰입니다. 병원의 운영 비용을 충당하기 위해서는 이러한 청구 방식이 필수적입니다.

VII. 청구 및 징수 절차

모든 산하 기관은 환자의 진료비 납부 의무와 관련하여 공정하고 일관되며 주 및 연방 규정을 준수하는 청구 및 징수 절차를 시행할 것입니다. 미납 시 트리니티 헬스가 취할 수 있는 조치에 대해서는 별도의 '청구 및 징수 절차'에 명시되어 있습니다. '청구 및 징수 절차' 안내서는 고객 서비스 센터(708-401-7115)로 전화하거나 이메일을 통해 요청하시면 무료로 받아보실 수 있습니다. 트리니티 헬스는 재정 지원 대상으로 판정된 개인에 대한 과도한 추심 조치("ECA") 금지와 관련하여 501(r) 조항 및 해당 주법을 준수합니다. 또한, 해당 개인이 지불 능력이 없는 경우, 트리니티 헬스는 판결금 징수를 위한 법적 조치를 취하거나, 해당 개인의 재산에 저당권을 설정하거나, 신용정보기관에 해당 개인을 신고하지 않습니다.

환자가 신청 기간 중 및 자격 심사 결정 전에 비용을 지불한 경우, 트리니티 헬스는 환자가 자격이 있다고 판정된 재정 지원 금액을 초과하는 금액을 환불해 드립니다. 단, 초과 금액이 5 달러(\$5.00) 미만인 경우는 예외입니다.

VIII. 서비스 제공자 목록

본 재정 지원 정책(FAP)에 명시된 바와 같이, 병원 시설 내에서 응급 의료 서비스 또는 의학적으로 필요한 의료 서비스를 제공하는 의료진 목록 중 재정 지원을 제공하는 의료진과 그렇지 않은 의료진을 구분하여, 본 재정 지원 정책과는 별도로 관리하고 있습니다. 서비스 제공자 목록은 해당 기관 웹사이트([Provider Discovery | Loyola Medicine](#))에서 무료로 확인하거나, 고객 서비스 센터(708-401-7115)로 전화하여 받아보실

수 있습니다.

IX. 기타 할인

본 정책에 명시된 재정 지원 대상에 해당하지 않으나 응급 치료나 기타 의학적으로 필요한/비선택적 치료를 받는 환자는 해당 산하 기관(Ministries)에서 제공하는 다른 유형의 지원 대상이 될 수 있습니다. 그 외의 지원 유형은 소득 수준에 따른 것이 아니며, 재정 지원 정책의 일부가 아니며, 해당 산하 기관의 재량에 따라 제공됩니다.

범위/적용 대상

이것은 이사회 정책입니다. 본 정책은 트리니티 헬스 산하의 모든 조직(산하 기관 및 자회사 포함)에 적용되며, 시스템 내 환자 입원 치료를 제공하거나 이에 대한 비용을 청구하는 산하 기관 및 자회사는 동일한 재정 지원 정책(FAP)을 채택해야 합니다. 산하 기관은 본 정책의 조항을 그대로 반영하는 자체 정책을 채택할 것입니다. 다른 유형의 환자 진료를 제공하거나 이에 대한 비용을 청구하는 트리니티 헬스 조직들은 지역사회의 필요를 충족하고 재정적 지원이 필요한 개인에게 지원을 제공할 수 있도록 재정 지원 정책(FAP)을 마련해야 합니다.

정의

지불 능력이 있다는 것은 다음을 의미합니다

- a. 메디케이드 신청 심사 과정을 통해 메디케이드 수급 자격이 없다고 판정받은 사람, 또는 주 메디케이드 프로그램으로부터 메디케이드 급여 신청이 거부된 사람.
 - 트리니티 헬스는 재정 지원을 받기 위한 전제 조건으로 메디케이드 신청을 요구하지 않습니다.
- b. 신청서 검토 결과 재정 지원 대상자로 선정되지 않은 사람.
- c. 재정 지원 신청 기간이 만료된 후에도 재정 지원을 신청하지 않은 사람.
- d. 신청서 작성을 거부하거나 재정 지원 신청 절차에 협조하지 않은 사람.

‘일반 청구 금액(AGB)’이란 해당 치료를 보장하는 보험에 가입된 환자에게 제공된 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 일반적으로 청구된 금액을 의미하며, 산하 기관(Ministries)의 급성기 진료 및 의사 서비스 AGB 는 시스템 사무소 또는 산하 기관이 매년 12 개월 동안 지급한 메디케어 청구액의 합계를 해당 청구에 대한 총 청구액으로 나누는 소급 산정 방식을 사용하여 계산되며, 보고일로부터 가장 최근 퇴원일까지 30 일의 시차를 둡니다

신청 기간은 케어 서비스가 제공된 날부터 시작되며, 해당 날짜로부터 240 일 후 또는 다음 중 더 늦은 시점까지입니다 ---

a. ‘추정 지원(Presumptive Support)’ 지위나 과거 FAP(재정적 지원 프로그램) 자격을 근거로 제공되는 가장 유리한 지원 조건보다 낮은 수준의 지원을 받을 자격이 있는 환자들이,

더 유리한 지원을 신청할 수 있도록 허용되는 30 일 기간의 종료 시점.

b. 서면 통지에 명시된 기한.

사회보장법 제 1867 조에 정의된 **응급 의료 서비스**. 트리니티 헬스 산하 병원에서 응급 의료 처치를 받는 환자는 치료비 지불 능력과 관계없이 차별 없이 치료를 받아야 합니다. 산하 기관은 연방 ‘응급의료 및 분만법(EMTALA)’에 따른 선별 검사, 치료 및 이송 요건을 포함하여, 응급 치료에 관한 모든 연방 및 주 정부 요건에 따라 운영해야 합니다.

‘가족 소득’이란, 최근 급여 명세서나 소득세 신고서 및 기타 자료에 명시된 바와 같이, 해당 가구 내 모든 성인 가족 구성원의 지난 12 개월 또는 직전 과세 연도 동안의 연간 소득을 합산한 금액을 의미합니다. 만 18 세 미만의 환자의 경우, 가족 소득에는 부모 및/또는 의붓부모, 또는 보호자 역할을 하는 친척의 연간 소득이 포함됩니다. 소득 증명은 현재 소득률을 고려하여 연초부터 현재까지의 가족 소득을 연환산하여 산정할 수 있습니다.

‘재정 지원’이란 트리니티 헬스가 제공하는 의학적으로 필요한 서비스의 전액을 부담하기 어려운 환자 중, 해당 지원의 자격 요건을 충족하는 환자에게 제공되는 지원(기부, 할인 등)을 의미합니다.

재정 지원 정책(FAP)이란 §1.501(r)-4(b)에 규정된 요건을 충족하는 서면 정책 및 절차를

의미합니다.

재정 지원 정책 신청서("FAP 신청서")란 환자가 해당 산하 기관의 재정 지원 정책(FAP)에 따라 재정 지원을 신청하기 위해 제출하는 정보 및 첨부 서류를 의미합니다. 산하 기관은 개인으로부터 서면 또는 구두(혹은 이 둘을 병행하여)로 정보를 수집할 수 있습니다.

소득에는 총 임금, 급여, 자영업 소득, 실업 수당, 산재 보험금, 사회 보장 급여, 공공 지원금, 재향 군인 혜택, 자녀 양육비, 이혼 위자료, 교육 지원금, 유족 연금, 연금, 퇴직 소득, 정기 보험금 및 연금 지급금, 유산 및 신탁 소득, 임대료 수입, 이자/배당금, 기타 다양한 출처의 소득이 포함됩니다.

‘의학적으로 필요한 치료’란 의료 제공자가 질병, 부상, 질환 또는 그 증상을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하다고 합리적으로 판단하여 트리니티 산하 기관(Trinity Ministry)가 제공하는 모든 의료 서비스 또는 제품을 의미합니다. 의학적으로 필요한 치료에는 환자의 해당 보험, 정부 지원금 또는 건강보험에서 보장하지 않는 선택적 진료 서비스나, 정상적이거나 정상적으로 기능하는 신체 부위의 미적 외관을 개선하기 위한 미용 시술은 포함되지 않습니다.

‘산하 기관(Ministry)’(때로는 ‘보건 기관’라고도 함)란 트리니티 헬스(Trinity Health)의 1 차(직속) 자회사, 계열사 또는 운영 부서를 의미하며, 트리니티 헬스 시스템 운영의 지정된 부분에 대한 일상적인 관리 감독 권한을 가진 운영 기구를 두고 있는 조직을 말합니다. 산하 기관(Ministry)은 특정 지역 시장을 기반으로 하거나, 특정 서비스 분야 또는 사업에 전념하는 형태로 구성될 수 있습니다. 산하 기관으로는 선교 사역(Mission Ministries), 국내 사역(National Ministries), 지역 사역(Regional Ministries)이 있습니다.

미러 정책이란 트리니티 헬스가 승인한 모범 정책을 의미하며, 산하 기관은 적절하고 해당 운영에 적용 가능한 경우 동일한 정책으로 채택해야 합니다. 단, 지역별 양식 선호도를 반영하기 위해 형식을 수정하거나 또는 해당 미러 정책(Mirror Policy)을 담당하는 ELT 구성원의 승인을 전제로 적용되는 주(state) 또는 지역 법률·규정이나 인허가 및 인증 요건을 준수하기 위해 형식을 수정할 수 있습니다.

정책이란 트리니티 헬스, 그 산하 기관 및 자회사에 중요한 사안에 대한 고위급 지침 또는 트리니티 헬스, 그 산하 기관 및 자회사의 정관을 추가적으로 해석한 내용을 의미합니다. 정책은 승인 기관이 지정한 독립형, 시스템 전체 적용형 또는 미러 정책 중 하나일 수

있습니다.

절차란 정책을 이행하기 위해 마련된 문서이거나, 구체적으로 요구되는 조치나 과정을 설명한 것을 의미합니다.

‘서비스 지역’이란 산하 기관이 주로 담당하는 시장을 의미합니다. 이는 환자들이 거주하는 우편번호 목록을 통해 확인할 수 있습니다.

‘표준’ 또는 ‘지침’이란 절차의 이행을 돕는 추가적인 지침 및 안내를 의미하며, 여기에는 인증 기관이나 전문 단체에서 제정한 것들도 포함됩니다.

자회사란 트리니티 산하 기관(Trinity Ministry)이 유일한 법인 구성원 또는 유일한 주주인 법인을 의미합니다.

‘무보험 환자’란 상업적 제 3 자 보험사, ERISA 플랜, 연방 의료 프로그램(메디케어, 메디케이드, SCHIP 및 CHAMPUS 를 포함하되 이에 국한되지 않음), 산재보험 또는 치료 비용의 전부 또는 일부를 부담하는 기타 제 3 자 지원의 혜택을 받지 못하는 개인을 의미합니다.

담당 부서

본 정책에 관한 추가 안내는 트리니티 헬스 수익 관리 부서(Trinity Health Revenue Excellence Department)에서 확인하실 수 있습니다.

관련 절차 및 기타 자료

- 재정 절차 제 RE.PFS.3 호 - 환자 재정 지원
- 재무 절차 제 RE.PFS.13 호 - 청구 및 징수 절차

승인 내역

초기 승인: 2014 년 6 월 14 일, 트리니티 헬스 이사회 운영위원회

후속 검토/개정: 2014 년 9 월 18 일; 2017 년 7 월 1 일; 2021 년 12 월 8 일, 2023 년 12 월 6 일, 2024 년 2 월 20 일