

SSM Health 정책

시스템 - 행정

제목:

운영 - 재정 지원(자선 치료(Charity Care))

결과 진술:

SSM Health의 재정 지원 정책은 재정적으로 또는 의료적으로 빈곤하며, 본인이나 그 부양 가족에게 제공되는 서비스에 대한 비용을 지불할 능력이 없음을 증명하는 환자에 대한 재정 지원 기회입니다. 재정 지원 정책(FAP)은 모든 주, 연방 및 규제 지침에 부합되는 재정 지원을 위한 전체 시스템 지침을 수립 및 제공합니다.

SSM Health는 치료를 필요로 하며 보험에 가입되어 있지 않거나 충분하지 않은 보험에 가입된 사람을 대상으로 재정 지원을 제공하는 데 최선을 다합니다. SSM Health는 고품질의 저렴한 자선 치료 서비스를 제공하고 빈곤하며 권리를 갖지 못한 사람을 옹호한다는 사명을 관철하여, 치료를 필요로 하는 사람의 재정 상황이 치료를 요구하거나 받는 데 방해가 되지 않게 하기 위해 힘쓰고 있습니다. SSM Health는 재정 지원, 혹은 정부 지원에 관한 자격 요건에 상관없이 개인을 대상으로 의료 조건에 대한 긴급 치료를 차별 없이 제공할 것입니다.

따라서, 본 정책은 다음과 같은 특성이 있습니다.

- 재정 지원에 관한 자격 기준을 포함합니다.
- 본 정책에 의해 재정 지원을 받을 자격을 갖춘 환자에게 일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, AGB) 계산의 근거를 설명합니다.
- 환자가 재정 지원을 신청할 수 있는 방법을 설명합니다.
- 병원이 재정 지원 자격을 갖춘 개인에게 제공하는 긴급, 또는 그 밖의 의료적으로 필요한 치료에 대해 청구하게 되는 금액은 AGB로 제한합니다.

재정 지원은 개인의 책임을 대체하는 것으로 간주되지 않습니다. SSM Health는 환자가 이용 가능한 보험, 혹은 다른 형태의 지불을 확보하기 위한 절차에 협조하고, 개인의 지불 능력에 기반해 자신의 치료 비용을 부담할 것을 기대합니다. 건강 보험을 구매할 재정 능력이 있는 개인에 대해서는 전체적인 개인 건강에 대한 의료 서비스를 보장받고 개인 재산을 보호하기 위해 건강 보험 가입을 권장합니다. SSM Health는 언제든지 재정 지원 자격 기준을 정의하고 수정할 수 있습니다.

자원의 책임감 있는 관리와 SSM Health가 그것을 필요로 하는 최대한 많은 사람을 적절한 수준으로 지원할 수 있도록 하기 위해, 이사회는 환자 재정 지원 규정에 관해 다음과 같이 지침을 정하고 있습니다.

범위:

본 정책은 본 정책에 명기된 목록 상의 병원이 제공하는 서비스에 대해 적용됩니다.

문서 유지 정보:

원 발효일: 2012년 10월 31일
수정일: 2013년 10월 7일, 2015년 6월 15일
검토일:
작성자: Michael Ayers 환자 서비스 센터장(Director, Patient Services Center)
Paul Sahney 수입 관리 부문(Revenue Management) 시스템 부책임자(System Vice President)
최종 승인 기관 또는 승인자: Bill Thompson

정의:

- I. 병원: 본 정책의 목적에서 병원에는 다음이 포함됩니다.
- A. 미주리 주
 1. SSM 성 마리아 의료 센터(SSM St. Mary's Health Center)
 2. SSM 글레논 추기경 어린이 병원(SSM Cardinal Glennon Children's Hospital)
 3. SSM 드폴 의료 센터(SSM DePaul Health Center)
 4. SSM 성 클레어 의료 센터(SSM St. Clare Health Center)
 5. SSM 성 요셉 병원 웨스트(SSM St. Joseph Hospital West)
 6. SSM 성 요셉 의료 센터(SSM St. Joseph Health Center)
 7. SSM 성 요셉 의료 센터 - 웬즈빌(SSM St. Joseph Health Center-Wentzville)
 8. 성 프랜시스 병원 & 의료 서비스(St. Francis Hospital & Health Services)
 9. SSM Health 성모 마리아 병원 - 제퍼슨 시(SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City)
 10. SSM Health 성모 마리아 병원 - 오드레인(SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain))
 - B. 오클라호마 주
 1. 성 안토니 병원(St. Anthony Hospital)
 2. 성 안토니 쇼우니 병원(St. Anthony Shawnee Hospital)
 3. 성 안토니 뼈 & 관절 병원(Bone & Joint Hospital at St. Anthony)
 - C. 위스콘신 주
 1. 성모 마리아 병원(St. Mary's Hospital)
 2. 성 클레어 병원(St. Clare Hospital)
 3. 성모 마리아 제인스빌 병원(St. Mary's Janesville Hospital)
 - D. 일리노이 주
 1. 굿 사마리탄 지역 의료 센터(Good Samaritan Regional Health Center)
 2. 일리노이 주 센트럴리아 성모 마리아 병원(St. Mary's Hospital Centralia, Illinois)
- II. 신청 기간: 재정 지원 신청을 완료하기 위해 병원에 의해 환자에게 제공된 시간으로 정합니다. 첫 번째 치료가 제공된 날에 시작해 병원이 개인에게 첫 번째 치료 후 청구서를 제공한 날로부터 240일째 되는 날에 종료됩니다.
- III. 해당 서비스 지역: 지리적 범위는 ZIP 코드로 정해진 구역을 기준으로, 일리노이 주를 제외한 모든 시설에 대하여 병원의 치료가 이루어진 장소의 75%입니다. 일리노이 주의 경우, 지리적 범위는 전체 주로 정합니다.
- IV. 가족 인원수: 가족 인원수는 미국 국세청(IRS)에 의해 정의되고 납세자의 연방 세금 보상에 대한 공제가 허용되는 가족 구성원 수와 동일합니다. 미국 국세청 세금 문서를 이용할 수 없을 경우, 가족 인원수는 재정 지원 신청서에 기재되고 확인된 가족 구성원수에 의해 정해질 것입니다.
- V. 가족 수입: 가족 수입은 연방 빈곤선(FPL)을 계산할 때 이용하는 다음의 수입을 이용하는, 통계국(Census Bureau) 정의를 통해 결정됩니다.
- A. 소득, 실업 수당, 산재 보험금, 소셜 시큐리티, 생활 보조금(Supplemental Security Income), 공공 지원(public assistance), 퇴역군인 수당, 유족 연금, 연금 또는 은퇴 수입, 이자, 배당금, 임대료, 저작권 사용료, 부동산 수입, 신탁, 교육 지원, 위자료, 가족 외부 지원 및 그 밖의 잡다한 출처로부터의 지원이 포함됩니다.
 - B. 비현금 혜택(푸드 스탬프 및 주거 보조금)은 계산에 넣지 않습니다.
 - C. 세전 금액을 기준으로 정합니다.
 - D. 자본 이득 또는 손실은 제외합니다.
 - E. 가족 인원수에 포함되는 모든 가족 구성원의 수입이 포함됩니다 (가족이 아닌 공동 거주자 등은 포함되지 않음).

- VI. 연방 빈곤선(Federal Poverty Level, FPL): 가족이 음식, 의류, 교통, 거주 및 기타 필수품을 위해 필요로 하는 최소 금액의 총수입을 설정한 것입니다. 보건복지부(Department of Health and Human services)에 의해 정해지며 물가 상승에 따라 조정되고 빈곤 가이드라인 형식을 통해 매년 보고됩니다.
- VII. 재정 지원: 제공되는 서비스에 대한 재정 책임의 전부 또는 일부를 지불할 수 없는 사람, 그리고 SSM 건강 정책의 재정 지원 기준에 부합되는 사람에게 제공되는 무료 또는 할인된 의료 서비스로 정의됩니다.
- VIII. 재정적 빈곤: 재정적으로 빈곤한 사람에는 최고 100%의 할인된 비용으로 치료를 받기 위한 기관의 자격 조건을 갖춘, 보험에 가입하지 않았거나 불충분한 보험에 가입한 사람이 포함됩니다.
- IX. 의료적 빈곤: 의료적으로 빈곤한 환자에는 가정의 재정 상황을 치명적으로 위협할 수 있을 만한 막대한 의료 서비스 비용을 청구받는 사람이 포함됩니다. 의료적으로 빈곤한 환자의 자격 조건에 있어 재정적 빈곤은 필수 사항이 아닙니다. 일반적으로, 의료적 빈곤자는 제공된 의료 서비스에 대해 지불해야 할 비용을 절감받게 됩니다. 의료적 빈곤 프로그램은, 집, 자동차, 개인 소유품 등과 같이 생활에 위협이 되는 치명적인 자산 손실이나 생활 소득 손실 없이 환자가 지불할 수 있는 능력에 대해 고려합니다. 재정적 빈곤에 대한 정의 하에서 100% 재정 지원을 받을 수 있는 자격을 가진 것으로 간주되는 연방 빈곤선의 200% 이하의 수입을 가진 환자를 제외하고, 모든 환자는 의료적으로 빈곤한 상황에 있을 수 있는 것으로 간주됩니다.
- X. 의료적 필요: Medicare에 의해 질병, 상해, 불건전 상태의 진단, 예방 또는 치료를 위해 바람직하거나 필요한 것으로 정의되어 있는 서비스, 또는 품목으로 정의됩니다.
- XI. 환자 부담금: 보험 미가입 할인, 재정 지원 할인 및 501(r) 규정에 의해 환자에게 청구되는 요금의 제한으로 인한 할인 등을 포함해, 모든 할인이 적용된 이후에 환자가 개인적으로 지불해야 할 책임이 있는 비용을 말합니다.
- XII. 자선 자격 추정: SSM Health는 환자가 재정 지원을 위한 자격을 갖춘 상황에 있으나 그 결정을 위해 필요한 서류를 제공하지 않았을 경우에 있어 재정 지원 자격 결정에 도움을 주는 예상 분석 소프트웨어 혹은 그 밖의 기준을 이용합니다.
- XIII. 불충분한 보험: 환자가 일정 정도의 보험 또는 제3자 지원을 가지고 있으나 여전히 환자의 재정 능력을 벗어나는 현금을 지불해야 하는 상황을 말합니다.
- XIV. 보험 미가입: 환자가 어떠한 등급의 보험, 혹은 환자의 지불 의무를 지원해 주는 제3자 지원도 가지고 있지 않은 상황입니다.

절차:

- I. 해당되는 서비스. 본 정책의 목적을 위하여, 병원 시설에 의해 제공되는 모든 긴급 및 의료적으로 필요한 서비스가 해당됩니다.

다음 의료 서비스는 의료적으로 필요한 것으로 간주되지 않으므로, 본 정책에 해당되지 않습니다.

- A. 심각한 선천성 기형이나 상해 또는 질병으로 인한 신체적 손상과 관련되지 않은 미용 치료 및/혹은 처치는 면허를 가진 의사에 의해 의료적으로 필요한 것으로 정의되지 않습니다.
- B. 비만 치료는 면허를 가진 의사에 의해 의료적으로 필요한 것으로 정의되지 않습니다.
- C. 면허를 가진 의사에 의해 의료적으로 필요하지 않은 것으로 정의되는 모든 다른 서비스, 또는 절차.

- II. 재정 지원 적격자. 재정 지원 적격자는 다음과 같은 개인에 해당됩니다.

- A. 제한적인 보험 가입자 또는 보험 미가입자
- B. SSM Health 의 정책 및 절차와 협력하는 사람
- C. 재정적인 필요를 증명해 보이는 사람
- D. 신청에 필요한 모든 정보를 제공하는 사람
- E. 보험에 의해 환자에게 직접 지불된 모든 돈에 대해 병원에 상화하는 사람

재정 지원 부여는 재정적인 필요가 있는 것으로 결정된 개인에 기반해야 하며, 연령, 성, 인종, 사회적, 또는 이민 상태, 성적 정체성이나 종교적 성향으로 인해 영향을 받아서는 안 됩니다. 재정 지원의 결정은 신청이 승인된 날로부터 6 개월까지의 기간 동안 유효하며, 약성 부채 기관에서의 그것을 포함한 모든 미지불액을 포함하게 될 것입니다.

추가적으로, 본 정책은 SSM 의료 시설에서 치료를 받고자 하는 여행 중/업무 중인 외국인에게는 적용되지 않습니다.

재정적인 필요 및 적격성은 다음 절차에 따라 결정됩니다.

- A. 신청 - 재정 지원 적격성을 확인하기 위해, 환자, 또는 보증인은 환자 재정 지원 신청 양식을 작성하여 신고된 수입 및 비용을 지원하기 위해 요청되는 문서를 제출해야 합니다. 한 건의 신청으로 동일한 보증인을 위해 개설된 모든 계정에 대해 지불되지 않은 환자 부담금에 대해 적용됩니다. 재정 지원 신청은 완전하고 정확해야 하며, 수입 및/혹은 재산, 그리고 일반적이지 않은 비용에 대한 확인 가능한 증거를 포함하고 있어야 합니다.

환자는 전화로 재정 지원 담당자(Financial Assistance Representative)와 통화하거나, 재정 상담자(Financial Counselor)와 대면하여 구두로 신청할 수도 있습니다. 재정 지원 대리인 또는 재정 상담자는 신청서 양식에 대한 환자의 답변을 문서화하고, 환자는 모든 정보에 대해 확인하고 입증하게 될 것입니다. 신청서가 완전한 것이 되도록 모든 지원 문서가 제공되어야 합니다.

요청되는 문서가 수령되어 재정 지원 분석가에 의해 평가되지 않을 경우, 신청서는 완전한 것으로 간주되지 않습니다. 신청자는 신청서에 대한 결정에 관한 서면 통보를 수령하게 됩니다. 신청자는 자신의 다음 정기 청구 주기 동안 모든 재정 지원 할인을 반영한 갱신된 내역서를 수령하게 됩니다.

필요한 문서에는 다음 항목이 포함됩니다.

1. 작성 완료된 서면/구두 신청서
2. 최근 3 개월 간의 은행/저축 내역서
 - a. 해당 은행/저축 내역서 상의 모든 일반적이지 않은 예금/비용에 관한 설명
 - b. 문서는 반드시 모든 예치금을 반영해야 합니다.
3. 신청자의 수입 증명. 보증인이 기혼 상태로 최근 세금의 대부분을 공동으로 신고한 경우, 보증인은 배우자의 수입 증명도 함께 제출해야 합니다.
 - a. 수입 증명에 포함되는 항목(전체 목록이 아님): 급여명세서, 실업 수당 수표, 소셜 시큐리티 수급증/수표, 장애인 수급증, 자녀 양육비 문서, 연금 증서.
4. 세금 신고 증빙서류
 - a. 최근에 작성한 세금 신고서, 또는 IRS 로부터의 비신고 문서(Non-Filing Letter). 세금은 완전한 것으로 간주되려면 반드시 모든 지원 일정(A-F)과 문서(W2s, 1099s)가 함께 첨부되어야 합니다.
5. Medicaid 승인/거부 문서
 - a. 시설 재정 담당자가 환자의 Medicaid 적격성을 사전에 심사한 경우에만 요청됩니다.
 - i. 환자가 잠재적인 적격자로 사전 심사를 받는 경우, 환자는 SSM Health의 재정 지원 적격자가 되기 위한 Medicaid 신청 절차에 협력해야 합니다.

변조된 문서는 접수되지 않을 것입니다.

요청될 수도 있는 추가적인 문서(환자의 의료적인 빈곤 상황 적용을 위하여)에는 다음 항목이 포함됩니다.

1. 월별 비용 증명
 - a. 모든 의료 청구서, 주거 청구서, 그리고 생활을 위한 필수 항목에 대한 모든 다른 청구서.
 2. 소득 신고서/지원자 진술서
- B. 불완전한 신청** - 모든 불완전한 신청의 경우, 적격성 심사를 위해 필요한 문서가 되기 위해 필요한 정보를 상세하게 명시한 통보 서신을 받게 될 것입니다. 신청자가 두 번째로 불완전한 문서를 보낼 경우, 해당 신청자는 환자에게 신청서가 불완전하다는 내용을 알리는 서신과 전화를 받게 될 것입니다.

재정 지원 신청서는 치료 서비스가 제공된 시설의 재정 상담자에게 반송되거나 다음 주소로 우송될 수 있습니다.

SSM Health
Attention: Financial Assistance
PO Box 28205
St. Louis MO 63132
팩스: (314) 989-6734

재정 지원 정책에 관한 질문은 SSM Health 고객 서비스(Customer Service)에 855-989-6789 번으로 문의하실 수 있습니다.

- C. 해당 서비스 지역 - 재정 지원에 대한 적격성은 SSM Health 의 운영 독립체의 해당 서비스 지역 주민으로 한정됩니다. 전년도에 다음 사항에 적용될 경우에 한해서, SSM Health 운영 독립체는 해당 서비스 지역에 대해서 재정 지원을 제한할 수 있습니다.
1. 운영 이익이 적자일 경우
 2. 전체 비용에서 자선 치료 비용이 차지하는 비율이 삼(3)% 이상일 경우

해당 기준에 해당하는 SSM Health 운영 독립체는 해당 서비스 지역의 주민에게 재정 지원 제한을 실시하기에 앞서 임무, 법률 및 정부 업무(Mission, Legal and Government Affair) 부문의 상무(Senior Vice President)에게 증빙 자료와 함께 서면 요청서를 제출하고 정식 승인을 받아야 합니다.

SSM Health 의 인간 존엄성 및 관리에 관한 가치는 신청 과정, 재정적 필요 정의 및 재정 지원 수여에 반영됩니다. 재정 지원 신청은 즉시 처리되어야 하며 SSM Health 는 완전한 신청서를 수령한 후 합리적인 기한 이내에 환자 또는 지원자에게 서면으로 통보해야 합니다.

각 환자는 치료 전에, 그리고 신청 기간에 재정 지원을 신청할 기회가 있습니다. 재정 지원 필요성은 마지막 재정 평가가 이루어진 후 6개월 이상이 지났을 경우 각 서비스 이후에 재평가될 수 있으며, 환자의 재정 지원 적격성과 관련된 추가 정보가 알려졌을 때는 언제든지 재평가될 수 있습니다.

- III. 재정 지원 추정 적격성. SSM Health 는 추정 지침에 근거해 다음과 같은 환자에 대해, 의료적으로 필요한 치료의 100% 재정 지원을 제공합니다.
- A. 보험에 가입되어 있지 않고, 추정되는 가족 수입이 FPL 의 200% 이하이며, 신용 기관과 같은 외부적으로 이용 가능한 자료 출처에 의해 의료 신용(Health Care Credit) 점수가 620 점 이하로 정해진 환자.
 - B. 노숙자, 또는 노숙자 의료 시설로부터 치료를 받은 환자.
 - C. 알려진 재산 없이 사망한 환자
 - D. 법정이 파산자로 승인한 환자

IV. 환자에 대한 할인.

- A. 보험 미가입 할인. SSM Health 는 모든 보험 미가입 환자(부록 A 를 참조할 것)의 총비용에 대해 할인을 제공합니다.
- B. 자선 할인. SSM Health 는 연방 빈곤선 지침을 기준으로 자격을 갖춘 환자에 대해 자선 할인을 제공합니다. 자선 치료 할인은 보험에 가입한 보험 적용 후 환자의 나머지 부담금에 대해, 그리고 보험 미가입 환자의 할인율은 보험 미가입 환자에 대해 적용됩니다 (부록 B 를 참조할 것).
- C. 치명 할인. 치명적인 질병 혹은 의료적 빈곤, SSM Health 의 재량 등과 같은 특정 환경에 기반하여 경우에 따라 할인이 적용되는 환자입니다. 이러한 경우, 할인, 또는 무료 서비스에 대한 자격을 결정하는 데 있어 아래와 같은 다른 요인이 고려될 수 있습니다.
 - 1. 은행 계좌, 투자 및 다른 재산
 - 2. 고용 상황 및 소득 수준
 - 3. 치료 서비스에 대한 비용 청구 금액 및 빈도
 - 4. 다른 재정적 의무 및 비용
 - 5. 일반적으로, 재정 책임은 총 가족 수입의 25% 이하가 될 것입니다.
 - 6. 서류("소득 신고서/지원자 진술서")가 없을 경우의 수입 증명/FPL 결정을 돕는 지원
 - 7. 신용 보고서

- V. 일반적인 청구 금액(AGB)/청구 제한. SSM Health 는 본 정책에 기반해 재정 지원 자격을 갖춘 환자에게 제공되는 긴급 및 의료적으로 필요한 치료에 대해 청구되는 금액을, 치료 총금액에 AGB 퍼센트를 곱한 금액 이하로 제한하고 있습니다. AGB 퍼센트는 과거 기록 방식을 이용해 결정합니다 (부록 C 를 참조할 것).

AGB 퍼센트는, 위에서 이용된 12 개월 기간 종료 후 120 일 이하 실행과 함께 병원 시설 수준을 기준으로 연간 최소 연 1 회 산출합니다.

- VI. 회수 정책과의 관계. 환자/보증인은 본 정책에 의한 지원에 해당하지 않는 부분의 금액을 지불할 것으로 기대됩니다. 할인이 적용된 후의 금액을 지불하지 못한 환자/보증인에게는 일반 회수 절차가 적용될 것입니다. 하나의 계정이 대상이 되는 회수 활동의 포괄적인 일정은 SSM 청구 및 회수 정책을 참조해 주십시오. 고객 서비스 센터(855-989-6789)로 전화하거나 모든 SSM 치료 시설의 재정 상담자에게 요청하면 SSM 청구 및 회수 정책의 사본을 무료로 받으실 수 있습니다.
- VII. 적용되는 제공자. 본 정책이 적용되는 서비스 제공자의 목록 및 적용되지 않는 제공자의 목록은 <http://www.ssmhealth.com/system/exceptional-care/financial-assistance> 에서 확인할 수 있습니다. 본 정책이 적용되는 제공자 또는 제외되는 제공자에 관한 모든 질문은 SSM Health 고객 서비스 센터에 (855) 989-6789 번으로 문의하실 수 있습니다.

VIII. 규정 상의 요구사항. 본 정책의 실행에 있어 SSM Health 경영진 및 시설은 본 정책에 따라 수행되는 활동에 적용될 수 있는 모든 다른 연방, 주, 지역의 법률, 규칙, 규정을 준수해야 합니다.

IX. 문서 작성.
환자 사업 서비스(Patient Business Services)는 기록 보존 및 폐기에 관한 당사의 정책에 의거하여, 본 정책의 공정하고 일관적인 적용을 적절하게 문서화하기 위하여 재정 지원 적용 및 재정 지원 결정, 환자에 대한 통지 등의 기록을 유지하게 될 것입니다.

X. 연례 보고
각 시설은 연간 공개 자료 및 사회적 책임을 위한 지역 사회 복지 프로그램 목록(Community Benefit Inventory for Social Accountability, CBISA) 소프트웨어 프로그램을 통해, 빈곤층을 위한 재정 지원 및 Medicaid 및 다른 공공 지원 프로그램의 비적용 서비스와 관련된 정보를 보고하도록 요청받을 것입니다. 수집되는 정보에는 아래 사항이 포함됩니다.

- A. 서비스를 제공받는 사람의 수
- B. 면제된 총금액
- C. 본 정책에 정의된 재정 지원 총금액
- D. 재정 지원 규정에 의해 발생한 비용

해당하는 주에서의 제공자 세금, 평가액이나 수수료, 또는 Medicaid DSH 기금은 재정 지원의 비용 전체, 또는 일부를 상쇄하기 위해 이용됩니다.

XI. 정책에 관한 질문
본 정책에 포함된 특정 지침의 적용과 같은 운영 상의 질문이 있을 경우, 수입 관리 부문의 시스템 부책임자, 혹은 독립체나 네트워크의 재정 관리 책임자(Chief Financial Officer)에게 문의해야 합니다. 독립체 재정 지원 정책에 대한 추가적인 지침의 포함, 혹은 본 정책(곧, 보험 미가입 환자의 이용 가능한 병상 수의 감소, 혹은 특정 제품, 또는 서비스를 제공하는 보험 미가입 및/또는 메디케이드 환자의 수 제한)에 적용되지 않는 실제 실행은 임무, 법률 및 정부 업무 부문의 상무에 의해 검토되어야 하며, 그 고려 및 승인을 위해 시스템 관리자(System Management)의 의견을 구해야 합니다.

부록 A: 보험 미가입 할인.

지역	총 청구액에 대한 보험 미가입 할인
오克拉호마 주	60%
위스콘신 주	20%
일리노이 주 남부	20%
미주리 주 중부	35%
세인트루이스	40%, ER 서비스에 대해 정액 \$600

부록 B: 자선 할인

오클라호마 SSM Health 시설을 제외한 모든 지역의 연방 빈곤선을 기준으로 한 변동 적격성 기준

연방 빈곤 등급	재정 지원 할인
0% - 200%	100%
201% - 250%	80%
251% - 300%	60%
301% - 350%	40%
351% - 400%	20%
400% 초과	0%

오클라호마 SSM Health 시설의 연방 빈곤선을 기준으로 한 변동 적격성 기준

연방 빈곤 등급	재정 지원 할인
0% - 200%	100%
201% - 250%	80%
251% - 300%	60%
301% - 350%	\$2,000 초과 금액의 50%
351% - 400%	\$2,000 초과 금액의 20%
400% 초과	0%

부록 C: 청구 제한/AGB

병원	방법
SSM 성모 마리아 의료 센터(SSM St. Mary's Health Center, St. Louis, MO)	1
SSM 글레논 추기경 어린이 병원(SSM Cardinal Glennon Children's Hospital)	1
SSM 드폴 의료 센터(SSM DePaul Health Center)	1
SSM 성 클레어 의료 센터(SSM St. Clare Health Center)	1
SSM 성 요셉 병원 웨스트(SSM St. Joseph Hospital West)	1
SSM 성 요셉 의료 센터(SSM St. Joseph Health Center)	1
SSM 성 요셉 의료 센터 - 웬츠빌(SSM St. Joseph Health Center-Wentzville)	1
성 프랜시스 병원 & 의료 서비스(St. Francis Hospital & Health Services)	1
SSM Health 성모 마리아 병원 - 제퍼슨 시(SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City)	1
SSM Health 성모 마리아 병원 - 오드레인(SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain))	1
성 안토니 병원(St. Anthony Hospital)	1
성 안토니 쇼우니 병원(St. Anthony Shawnee Hospital)	1
성 안토니 뼈 & 관절 병원(Bone & Joint Hospital at St. Anthony)	1
위스콘신 주 매디슨 성모 마리아 병원(St. Mary's Hospital Madison, WI)	1
위스콘신 주 바라부 성 클레어 병원(St. Clare Hospital Baraboo, WI)	1
위스콘신 주 제인스빌 성모 마리아 병원(St. Mary's Janesville, WI)	1
굿 사마리탄 지역 의료 센터(Good Samaritan Regional Health Center)	1
일리노이 주 센트럴리아 성모 마리아 병원(St. Mary's Hospital Centralia, Illinois)	1

방법:

1. 본 방법에 의거해, 과거 12개월의 모든 Medicare 행위별 수가제(fee-for-service)와 민간 건강 보험에 의해 지불된 모든 청구가 이용됩니다. 해당 청구와 관련하여, 모든 허용 가능한 상환 금액의 합계를 관련 총 청구액의 합계로 나눕니다.
2. 본 방법에 의거해, 과거 12개월의 모든 Medicare 행위별 수가제(fee-for-service)에 의해 지불된 모든 청구가 이용됩니다. 해당 청구와 관련하여, 모든 허용 가능한 상환 금액의 합계를 관련 총 청구액의 합계로 나눕니다.