

환자 청구 및 재정 지원 정보 서류  
Johns Hopkins Medicine  
The Johns Hopkins Hospital  
Johns Hopkins Bayview Medical Center  
Howard County General Hospital  
Suburban Hospital  
Sibley Memorial Hospital

Johns Hopkins Medical Institutions 은 치료가 필요하지만 보험이 없거나 보험이 충분하지 않거나 정부 프로그램 자격을 갖추었거나 그 외의 이유로 개인의 재정 상황에 따라 의학적 필수 치료 비용을 지불할 수 없는 환자에게 재정 지원을 제공하는 데 힘쓰고 있습니다.

자격 요건 및 제공 지원 개요

Johns Hopkins Medical Institutions 의 본 정책은 특정 재정 기준을 충족하고 이러한 지원을 요청한 환자에 대해 빈곤 또는 과도한 의료비 채무에 따른 재정 지원을 제공하기 위한 것입니다.

병원은 재정 지원 정책에 따라 특정 개인에게 재정 지원을 제공합니다. 의료비를 지불할 수 없고 다음에 해당하는 경우 무료 치료 또는 감액된 의학적 필수 치료의 대상일 수 있습니다.

- 병원 관할 지역 구성원인 경우. 이 지역은 병원 관할 지역 내에서 생활 또는 근무하거나 관할 지역 방문 중 응급 의료 서비스를 필요로 하는 사람들까지 해당됩니다.
- 다른 보험 선택지가 없는 경우
- 의료 지원이 거부되었거나 전체 자격 요건을 충족하지 못한 경우
- 특정 재정 기준을 충족하는 경우

재정 지원 정책에 따라 재정 지원 대상이 되는 개인에게 응급 또는 기타 의학적 필수 치료에 대해 일반적으로 청구되는 금액(AGB)보다 더 청구되지 않습니다.

Sibley Memorial Hospital 한정

컬럼비아 특별구 법률에 따라 Sibley Memorial Hospital(SMH)은 관할 지역 내 모든 사람들이 의료 서비스를 이용할 수 있도록 해야 합니다. SMH 는 인종, 피부색, 종교, 출신 국가, 성별, 연령, 결혼 여부, 외모, 성 지향성, 가족 부양 상황, 대입 여부, 정치적 성향, 신체적 장애, 소득원, 거주지 또는 근무지, Medicare 또는 Medicaid 와 같은 프로그램의 보장 여부로 차별하는 것이 금지되어 있습니다.

SMH 는 또한 지불 능력이 없는 개인에게 무료 또는 감액된 금액으로 합당한 분량의 의료 서비스를 제공해야 합니다. 무료 또는 감액된 금액으로 의료 서비스를 받을 수 있는지 직원에게 문의하시기 바랍니다. 합당한 이유 없이 의료 서비스가 거부되었거나 무료 치료 또는 감액 치료

대상으로 고려되지 않은 경우, 해당 의료 제공자의 접수처 또는 사무실에 문의하고 시콜센터(202-727-1000 번)를 통해 주 의료 계획 및 개발 기관에 전화하십시오. 환자가 불만을 제기하려는 경우 주 의료 계획 및 개발 기관에서 양식을 받을 수 있습니다.

## 재정 지원 정책에 따른 지원 신청 방법 개요

병원의 재정 지원 정책 및 신청서의 무료 사본과 신청 방법에 관한 안내를 받으려면 웹 사이트([https://www.hopkinsmedicine.org/patient\\_care/billing\\_insurance/assistance-services/#financial\\_assistance](https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing_insurance/assistance-services/#financial_assistance))를 방문하거나 병원 접수처의 재정 상담사를 찾으시기 바랍니다. 재정 지원 정책 및 신청서의 무료 사본을 우편으로 받으려면 443-997-3370 번(지역)이나 1-855-662-3017 번(수신자 부담)에 전화하여 사본을 요청하거나 Johns Hopkins Health System, Customer Service – Financial Assistance, 3910 Keswick Road, S-5300, Baltimore, MD 21211 에 서면 요청을 제출하십시오.

다음에 관한 문의는 고객 센터에 443-997-3370 번(지역) 또는 1-855-662-3017 번(수신자 부담)으로 전화하거나 [pfscs@jhmi.edu](mailto:pfscs@jhmi.edu) 에 이메일을 전송하거나 병원 접수 사무실의 재정 상담사를 방문하십시오.

- 재정 지원 정책 및 신청서
- 병원 청구서
- 병원 청구서에 관한 권리 및 의무
- 재정난으로 인해 감액된 의학적 필수 치료에 관한 권리 및 의무
- 무료 치료 및 치료 비용 감액 신청 방법
- 메릴랜드 의료 지원, DC 의료 지원 또는 의료 청구액 납부에 도움을 줄 수 있는 기타 프로그램 신청 방법

재정 지원 정책 및 모든 관련 문서의 번역본은 웹 사이트([https://www.hopkinsmedicine.org/patient\\_care/billing\\_insurance/assistance-services/#financial\\_assistance](https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing_insurance/assistance-services/#financial_assistance))에서 확인할 수 있습니다.

## 메릴랜드 의료 지원

여러분은 메릴랜드 의료 지원 대상일 수 있습니다. 메릴랜드 의료 지원에 관한 정보는 지역 사회복지부에 1-800-332-6347 번(TTY 1-800-925-4434)으로 전화하거나 [www.dhr.state.md.us](http://www.dhr.state.md.us) 를 방문하여 문의하시기 바랍니다.

## DC Medicaid

여러분은 DC Medicaid 대상일 수 있습니다. DC Medicaid 에 관한 정보는 (202) 727-5355 번에 전화하여 가장 가까운 경제 협조처(ESA) 서비스 센터를 알아보거나 [www.dc-medicaid.com](http://www.dc-medicaid.com) 을 방문하시기 바랍니다.

## 청구 권리 및 의무

모든 의료 비용이 보험으로 보장되는 것은 아닙니다. 병원은 여러분에게 올바른 금액이 청구되도록 모든 노력을 기울이고 있습니다. 병원에 이송되거나 외래 클리닉에 방문할 때 건강 보험 보장에 관한 온전하고 정확한 정보를 제공하는 것은 여러분의 책임입니다. 이렇게 하면 보험 회사에 적시에 청구할 수 있습니다. 일부 보험 회사에서는 치료를 받은 직후 청구서를 보내지 않으면 청구금을 지불하지 않습니다. 최종 청구액은 실제 치료 비용에서 수령한 보험 납부금이나 방문 시 납부한 금액을 제외하여 반영합니다. 보험에서 보장하지 않는 모든 비용은 여러분의 책임입니다.

재정 지원 정책에 따른 메릴랜드 의료 지원, DC 의료 지원 또는 재정 지원 자격이 없는 경우, 의료 청구액에 대한 연장 납부 플랜 대상일 수 있습니다.

의사 비용은 병원 청구서에 포함되지 않으며 별도로 청구됩니다.

Johns Hopkins 는 청구서를 간소화하고 있습니다. 2018 년 7 월 23 일 이후의 의료 서비스에 대해서는 Johns Hopkins Health System(Behavioral Health 제외)에서 받은 치료에 대해 하나의 청구서만 받게 됩니다. 그러나, 마취과의, 병리과의와 같은 병원 내 의사 및 지역 개업의에게 잔액을 납부할 때까지 여전히 2018 년 7 월 23 일 이전에 받은 의료 서비스에 대한 여러 장의 청구서를 받을 수 있습니다.