

NewYork-Presbyterian Hospital

사이트: 모든 센터

병원 정책 및 절차 매뉴얼

번호: C106

페이지 1 / 6

제목: 자선 진료 정책

정책 및 목적:

뉴욕주 공공보건법(2807-k-9-a항) 및 조세법(501(r)항)에서는 병원이 재정 상태에 근거하여 치료비의 전부 혹은 일부를 지불할 수 없다고 판단된 환자에게 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 진료를 무료 혹은 감액된 가격으로 제공하도록 규정하고 있습니다.

NewYork-Presbyterian Hospital(뉴욕 장로교 병원, 이하 병원)은 보험에 가입하지 않았거나 보장이 적은 보험에 가입되어 있는 상태에서 병원에서 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 서비스를 받은 환자에게 자선 진료(이하 자선 진료)를 제공할 책임이 있음을 인정합니다. 병원은 개인 환자의 요구를 종합적으로 평가하고 정당한 경우 연령, 성별, 인종, 출신 국가, 사회경제적 혹은 이민 신분, 성적 취향 또는 가입 종교에 관계없이 자선 진료를 제공할 것을 약속합니다.

적용 대상:

1. 이 정책은 병원 및 직원이 이 정책에 따라 지원을 받을 자격이 있는 개인에게 제공한 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 입원 환자 및/또는 외래 환자 서비스에 적용됩니다. (현재 보장되는 시설에 대한 정보는 첨부된 별첨 C 참조)
2. 이 정책은 뉴욕주 거주자에게 제공된 응급 서비스(EMTALA 이송 포함) 및 병원의 주 서비스 지역에 적합한 자격을 가진 거주자에게 제공한 비응급, 의료적으로 필요한 서비스에 적용됩니다. (별첨 A 참조). 의료 서비스란 뉴욕주 Medicaid 프로그램에서 보장되는 서비스로 정의됩니다.
3. 대상 자격을 갖춘 비보험자의 보장 이외에도, 이 정책은 자격을 갖추었으며 공동부담금, 본인부담금 또는 공동보험을 비롯해 큰 의료비를 지불해야 하는 사람들 및/또는 건강보험 급부금을 소진한 사람(건강 저축 계좌를 포함하나 이에 제한하지 않음)을 포함합니다.
4. 병원 의사, 병원의 Ambulatory Care Network(외래 진료 네트워크, ACN) 진료소 제공자(이하 제공자)를 포함한 기타 서비스 제공자 및 병원의 자선 진료 정책에 대한 정보를 확인하려면 www.nyp.org를 방문하십시오. 제공자 목록의 종이 사본을 받으려면 www.nyp.org를 방문하거나 866-252-0101번으로 전화하거나 해당 제공자에게 직접 문의하십시오. 환자분들은 이 정책에 의해 보장되지 않고 자신들이 제공하는 서비스에 독립적으로 청구하는 제공자로부터는 별도의 청구서를 받게 됩니다. 병원의 ACN 제공자는 병원의 자선 진료 정책의 보장을 받습니다.
5. 완전한 신청서 양식과 필요 서류를 제출하면 자선 진료 자격을 검토합니다. 여기에 명시된 바와 같이 일부 한정된 경우, 신용 기관 또는 특별 보고 기관으로부터 추정 계산된 소득 점수에 근거하여 환자에게 자선 진료를 제공할 수 있습니다.

NewYork-Presbyterian Hospital

사이트: 모든 센터

병원 정책 및 절차 매뉴얼

번호: C106

페이지 2 / 6

6. 자선 진료는 합당하거나 적절할 때 환자가 Medicaid 또는 기타 보험 프로그램의 적격성 심사를 받은 후에 제공됩니다.
7. 이 정책의 예외는 담당 병원 직원의 승인으로 정할 수 있습니다. 의료적 필요성에 관한 분쟁은 해당 병원 정책 및 절차에 따라 Hospital Utilization Review Department(병원 활용 검토 부서)에서 조정합니다.

절차:

A. 신청: 시점/위치/서류

1. 신청서, 전체 정책 및 쉬운 말로 작성된 요약서(요약서)를 비롯하여 병원 기본 언어로 작성된 서면 자료는 요청 시 비용 없이 병원의 승인 및 응급 부서로부터 접수 및 등록 과정 동안, 퇴원 시 환자가 받을 수 있어야 하며 필요한 경우 우편으로도 받을 수 있어야 합니다. 병원 웹사이트(www.nyp.org)에서도 이러한 자료를 찾을 수 있습니다. 또한, 병원의 응급실 및 승인 부서에 적절한 언어로 잘 보이는 곳에 게시해서 환자에게 이 정책을 알려야 하며, 환자에게는 발송되는 청구서 및 명세서에 자격 대상이 되는 환자는 재정 지원을 받을 수 있다는 점과 추가 정보를 얻는 방법을 포함해야 합니다.
2. 신청 자료는 환자에게 통지하여 환자가 이 정책에 따라 적격성을 판단하는 데 필요한 정보나 서류를 포함한 완전한 신청서를 제출할 경우, 해당 환자는 병원이 신청을 판정할 때까지 병원의 청구를 지불하지 않을 수 있음을 명확히 해야 합니다.
3. 환자는 청구 및 추심 과정 동안에 언제든지 신청서 양식을 요청하고 완전한 신청서를 제출하여 지원을 신청할 수 있습니다. 그러한 신청에 대한 판정은 완전한 신청이 제출된 후 가능한 조기에 신청자에게 서면으로 알려야 하지만, 어떤 경우든 병원이 신청서를 접수한 30일 이내에 진행되어야 합니다. 적격성을 판단하기 위해 신청자의 추가 정보가 필요할 경우, 병원은 30일의 기간 내에 해당 정보를 요청해야 합니다. 신청에 대한 불리한 결정 또는 거부를 통지할 때는 거부나 다른 불리한 결정에 대한 이의 제기 방법을 설명하는 서면 지침 및 뉴욕주 보건부(New York State Department of Health)에 대한 연락처 정보가 포함되어야 합니다.
4. 신청자는 신청서 양식에 입력한 정보에 대한 서류를 포함하나 이에 제한하지 않고 신청 내용을 입증하는 정보/서류를 제공해야 합니다. 이러한 서류의 예로는 급여 명세서, 고용주의 서신(해당하는 경우) 및 소득을 증명하기 위한 국세청 양식 1040 등을 비롯하여 여러 가지가 있을 수 있습니다.
5. 자산은 고려되지 않습니다.

NewYork-Presbyterian Hospital

사이트: 모든 센터

병원 정책 및 절차 매뉴얼

번호: C106

페이지 3 / 6

-
6. 병원은 환자가 다음 제한 조건 하에서 자선 진료에 대해 적합한 자격이 있다고 추정할 수 있는지(추정 적격성) 판단하기 위해 신용 기관 등 제3자에게 특정 환자에 대해 질의하고 보고서를 받을 수 있습니다.
 - a. 환자가 병원에서 퇴원한 경우,
 - b. 환자의 보험 보장이 부족하거나 보장이 소진된 경우,
 - c. 환자의 계정에서 \$300.00 초과 잔액이 미결제로 남아 있는 경우,
 - d. 환자가 하나 이상의 청구서를 받았고 해당 청구서의 지불 기한이 만료된 경우, 그리고
 - e. 환자가 자선 진료를 신청하지 않았거나 신청서를 완료하지 않은 경우,
 - f. 병원에서 신용 보고서를 받기 전에 이를 받을 수 있다는 내용을 청구서의 명세서에 포함해 환자에게 통보한 경우,
 - g. 자선 진료의 신청을 거부하기 위해 신용 보고서를 사용해서는 안 됩니다.

병원은 그러한 제3자에게 환자의 계좌 상태를 보고하지 않습니다.

7. 병원 진료 환자는 최초 등록 시 평가됩니다. 병원 진료 환자에 대한 신청이 완료되며 추가 정보가 필요하지 않은 경우 등록 과정의 일부로 결정이 이루어집니다.
8. 병원은 이 정책에 보장된 서비스에 대해 하나 이상의 청구서에 적합한 자격을 가진 개인이 지불하지 않음으로 인해 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 진료를 늦추거나 거부(또는 제공 전 지불을 요구)하지 않습니다.

B. 이의 제기 절차

1. 환자가 자선 진료에 대한 자신의 신청에 관한 결정에 만족하지 않을 경우, 결정 이십(20)일 이내에 자신의 이유와 증빙 서류를 환자 계정 담당 이사, 또는 그의 지명인(이사)에게 제출하여 해당 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.
2. 이사는 영업일 기준 십오(15)일 안에 이의를 검토하고 환자에게 서면으로 답변해야 합니다.
3. 환자가 이사의 결정에 여전히 만족하지 못할 경우, 환자는 그에 대한 사유와 증빙 서류를 포함하여 서면으로 환자 재정 서비스 부사장 또는 기타 병원 지정인(부사장)에게 이사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.
4. 부사장은 이의 제기 접수 15일 이내에 서면으로 결정을 전달해야 합니다. 부사장의 결정은 최종 과정입니다.
5. 이의 제기 미결 동안에는 어떠한 추심 활동도 진행하지 않아야 합니다.

NewYork-Presbyterian Hospital

사이트: 모든 센터

병원 정책 및 절차 매뉴얼

번호: C106

페이지 4 / 6

C. 지불 절차

1. 이 정책의 요구 사항에 따라, 병원은 매년 공개되는 농가 외 소득에 대한 연방 빈곤 가이드라인의 400% 아래의 소득을 가진 보험이 없는 신청자나 환자, 건강 저축 계좌를 포함하나 이에 제한하지 않고 특정 서비스에 대해 건강보험 서비스 급부금을 모두 소진한 개인 및 가족 모두에게 현재 연도의 적절한 슬라이딩 요금 스케일에 따라 무료 또는 감액된 치료를 제공합니다(적격성 판단을 위해 서비스 시점이 아니라 완전한 신청서 접수 시점에 유효한 소득 가이드라인이 사용됨. "슬라이딩 요금 스케일 - 입원 환자/외래 환자", "행동 건강 외래 환자 진료소 슬라이딩 요금 스케일" 및 "진료소 슬라이딩 스케일 요금"(별첨 B-1, B-2 및 B-3)).
2. 병원은 자선 진료에 적합한 자격을 가진 개인에 대한 청구액을 보험을 가진 개인에게 응급 또는 의료적으로 필요한 진료에 대해 일반적으로 청구되는 금액(AGB)으로 제한합니다. 병원은 전향적 방법을 이용해 AGB를 계산하며, 해당 수가를 뉴욕주 보건부에서 공표한 현재 뉴욕주 진료별 Medicaid 수가를 해당 수가의 기준으로 정합니다. 자선 진료 적격성 결정 후 적합한 자격을 가진 개인에게는 응급 또는 의료적으로 필요한 진료에 대해 일반적으로 청구되는 금액(AGB) 이상 청구할 수 없습니다. 자선 진료 적합 자격을 가진 개인에게 청구되는 금액을 결정하기 위해 병원은 그러한 개인의 가족 규모 및 소득을 기초로 별첨 B-1, B-2 및 B-3에 따라 슬라이딩 스케일 할인 방법을 AGB에 적용합니다. 하나의 예로서 가정하여, 자선 진료 자격을 가진 것으로 결정되고 가족 수가 3명이며 소득이 \$35,000인 환자는 별첨 B-1에 준하여 계산된 대로 그 환자의 입원에 적용 가능한 통산 Medicaid 수가(AGB)의 55%가 청구됩니다.
3. **분할 지불 플랜.** 환자가 계정의 잔액을 지불할 수 없는 경우, 병원은 환자와 분할 지불 플랜의 협상을 시도합니다. 환자와 분할 지불 플랜을 협상할 경우 병원은 남은 잔액을 고려할 수 있으며 환자의 지불 능력을 고려합니다.
 - a. 분할 지불 플랜은 6개월 안에 남은 잔액의 지불을 허용합니다.
 - b. 지불 기간은 환자의 재정 상태가 연장에 합당할 경우 병원의 재량에 따라 6개월 더 연장할 수 있습니다.
 - c. 월 납부금은 환자의 총 월 소득에서 십 퍼센트(10%)를 초과할 수 없습니다.
 - d. 환자가 지불 기일에 2회 지불하지 않고 그 이후 30일 이내에 지불하지 못할 경우, 전체 잔액을 지불해야 합니다.
 - e. 이자가 환자에게 청구될 경우 미지불 잔액에 대한 이자율은 미국 재무부에서 발행한 90일 채권의 이자율에 0.5%를 추가한 이율을 넘지 않아야 합니다. 분할 지불 플랜은 지불 미이행 시 조기 만기 또는 더 높은 이자율을 적용하게 하는 유사한 조항이 포함되지 않아야 합니다.

NewYork-Presbyterian Hospital

사이트: 모든 센터

병원 정책 및 절차 매뉴얼

번호: C106

페이지 5 / 6

4. **공탁금.** 자선 진료에 신청하고 의료적으로 필요한 진료를 받고자 하는 환자는 공탁금을 낼 필요가 없습니다. 자선 진료를 신청한 시점 이전에 환자가 낸 공탁금은 자선 진료 고려 사항의 일부로 포함되어야 합니다. 그러한 환자가 무료 진료의 자격을 갖추었다고 판단한 경우, 전체 공탁금이 반환됩니다. 할인 자격이 된다고 결정된 환자의 경우, 환자가 병원에 지불할 금액을 초과한 공탁금 잔액이 반환됩니다.
5. 병원은 해당 뉴욕주 법률에 따라 병원의 재무회계 시스템에 자선 진료로서 청구된 금액의 회계를 유지해야 합니다.
6. 병원이 이 정책을 준수하는지 판단하는 방법을 개발하고 이행해야 합니다.

D. 교육/대중의 인식

1. 병원 직원은 자선 진료의 가용성과 신청 과정에 대한 추가 정보를 얻을 수 있도록 환자를 안내하는 방법에 대해 교육을 받습니다. 특히, 병원은 환자와 업무상 관계하거나 청구 및 추심 책임을 진 모든 병원 직원에게 이 정책에 관한 교육을 실시합니다.
2. 이 정책에 관해 환자에게 알리는 통지는 절차 A.1에 따라 실시해야 합니다.
3. 지원 적격성 판단에 사용되는 소득 수준에 관한 자세한 정보, 병원의 주 서비스 지역에 대한 설명과 지원 신청 방법뿐 아니라 정책과 환자가 이용 가능한 신청서 양식을 포함하는 요약서는 병원의 웹 사이트에 게시되어야 합니다(www.nyp.org).
4. 병원은 일반 대중, 지역 커뮤니티 보건 및 인적 서비스 기관 및 기타 곤란에 처한 사람을 돕는 지역 단체에 자선 진료의 가용성을 알립니다. 지역 비영리 기관 및 공공 기관에 알리기 위해 취할 조치에는 다음과 같은 것들이 포함됩니다.
 - a. 각 병원 건물 인근에 지역 자문 위원회 및 주요 협회, 선택된 학교 및 종교 단체의 지도자들이 정책, 요약서 및 신청서 양식을 이용할 수 있도록 조치합니다.
 - b. 지역 커뮤니티 위원회 종교 단체, 인적 서비스 기관 및 선택된 임원 및 그 직원과 만나 정책에 대해 교육합니다.
 - c. 병원이 서비스 지역에서 후원하는 거리 홍보회 및 기타 커뮤니티 행사에서 정책, 요약서 및 신청서 양식 사본을 제공합니다.

E. 추심 방법 및 절차

1. 병원은 환자가 NewYork-Presbyterian Hospital에 대한 불량 채무를 최소화하면서 양질의 의료 서비스를 이용하도록 장려하기 위해 추심 방법 및 절차를 마련해 놓았습니다. 이러한 방법과 절차는 병원의 자선 진료 정책을 포함하나 이에 제한하지 않은 병원의 핵심 미션, 가치 및 원칙에 맞게 추심 대행 기관 및 변호사가 병원을 대신해 채무 추심 활동을 취하도록 장려하기 위해 고안되었습니다.

NewYork-Presbyterian Hospital

사이트: 모든 센터

병원 정책 및 절차 매뉴얼

번호: C106

페이지 6 / 6

-
2. 병원의 추심 방법 및 절차는 뉴욕주 공중보건법(2807-k-9-a 항) 및 국세청법의 조세 규정(501(r)항)의 요구 사항에 맞게 별도의 추심 정책에 약술되어 있습니다. 추심 정책은 병원의 승인 사무소에서 확인하거나 병원 웹사이트(www.nyp.org)의 자선 진료 버튼 아래에서 영어 및 기타 언어로 확인하실 수 있습니다.

책임: 환자 재정 서비스

정책 날짜:

신규: 2004년 4월

개정: 2005년

검토 및 개정: 2006년, 2007년, 2010년, **2014년 6월**

별첨 개정: 2008년 2월 21일, 2010년 3월, 2011년 4월, 2012년 3월, 2012년 6월, 2014년 6월, 2016년 6월, 2017년 2월

개정: 2015년 10월 20일, 2016년 5월, 2017년 12월

승인: 신탁 이사회

별첨 A

주 서비스 지역

NewYork-Presbyterian/Columbia(NYP/Morgan Stanley Children's 포함), NewYork-Presbyterian/Weill Cornell, NewYork-Presbyterian/Allen 및 NewYork-Presbyterian/Lower Manhattan의 경우, 주 서비스 지역은 뉴욕시의 5개 독립구(카운티)로 이루어집니다.

NewYork-Presbyterian/Westchester의 경우, 주 서비스 지역은 Westchester, Bronx, Orange, Putnam 및 Rockland 카운티로 이루어져 있습니다.

날짜: 2014년 6월

자선 진료 별첨 A 개정 2014

별첨 B-1: 슬라이딩 요금 스케일 - 입원/외래 환자
농가 이외의 소득에 대한 HHS 빈곤 가이드라인 - 최대 400%

환자 지불	소아 ED: \$0 성인 ED: \$15 입원환자/Amb. 외과의사/MRI: \$150 기 타 모든 비클리닉: 수가의 5%	적용 수가의 10%		적용 수가의 20%		적용 수가의 55%		적용 수가의 90%		적용 수가의 100%		할인 없음*
		연방 빈곤 가이드라인 %	100%	101% - 125%	126% - 150%	151% - 200%	201% - 250%	251% - 400%	> 400%			
가족 규모	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과
1	\$12,140	\$12,140	\$15,175	\$15,175	\$18,210	\$18,210	\$24,280	\$24,280	\$30,350	\$30,350	\$48,560	\$48,560
2	16,460	16,460	20,575	20,575	24,690	24,690	32,920	32,920	41,150	41,150	65,840	65,840
3	20,780	20,780	25,975	25,975	31,170	31,170	41,560	41,560	51,950	51,950	83,120	83,120
4	25,100	25,100	31,375	31,375	37,650	37,650	50,200	50,200	62,750	62,750	100,400	100,400
5	29,420	29,420	36,775	36,775	44,130	44,130	58,840	58,840	73,550	73,550	117,680	117,680
6	33,740	33,740	42,175	42,175	50,610	50,610	67,480	67,480	84,350	84,350	134,960	134,960
7	38,060	38,060	47,575	47,575	57,090	57,090	76,120	76,120	95,150	95,150	152,240	152,240
8	42,380	42,380	52,975	52,975	63,570	63,570	84,760	84,760	105,950	105,950	169,520	169,520
각각의 추가 인원 에 대해 다음 금액을 더합니다.	4,320											

출처: 연방 공보/ 제83권, 12호/목요일, 2018년 1월 18일/고지

*비 클리닉 외래 진료 방문 및 치과 클리닉 방문: 금액은 Medicaid 진료별 수가에서 할인하여 계산됩니다.

*입원환자 입원: 금액은 최저 청구액 또는 MEDICAID DRG에서 할인하여 계산됩니다

자선 진료 C106

별첨 B-2: 행동 건강 외래환자 진료소 슬라이딩 스케일 요금
 농가 이외의 소득에 대한 HHS 빈곤 가이드라인 - 최대 400%

범주	A	B		C		D		E		F		G		H		I		J	
	소아 클리닉: 0																		
방문 요금	성인 클리닉: \$10	\$13		\$20		\$27		\$35		\$50		\$75		\$100		\$120		\$135	
연방 빈곤 가이드라인 %	100%	101%	125%	125%	150%	150%	200%	200%	250%	250%	300%	300%	325%	325%	350%	350%	375%	375%	400%
가족 규모/소득	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하
1	\$12,140	\$12,140	\$15,175	\$15,175	\$18,210	\$18,210	\$24,280	\$24,280	\$30,350	\$30,350	\$36,420	\$36,420	\$39,455	\$39,455	\$42,490	\$42,490	\$45,525	\$45,525	\$48,560
2	16,460	16,460	20,575	20,575	24,690	24,690	32,920	32,920	41,150	41,150	49,380	49,380	53,495	53,495	57,610	57,610	61,725	61,725	65,840
3	20,780	20,780	25,975	25,975	31,170	31,170	41,560	41,560	51,950	51,950	62,340	62,340	67,535	67,535	72,730	72,730	77,925	77,925	83,120
4	25,100	25,100	31,375	31,375	37,650	37,650	50,200	50,200	62,750	62,750	75,300	75,300	81,575	81,575	87,850	87,850	94,125	94,125	100,400
5	29,420	29,420	36,775	36,775	44,130	44,130	58,840	58,840	73,550	73,550	88,260	88,260	95,615	95,615	102,970	102,970	110,325	110,325	117,680
6	33,740	33,740	42,175	42,175	50,610	50,610	67,480	67,480	84,350	84,350	101,220	101,220	109,655	109,655	118,090	118,090	126,525	126,525	134,960
7	38,060	38,060	47,575	47,575	57,090	57,090	76,120	76,120	95,150	95,150	114,180	114,180	123,695	123,695	133,210	133,210	142,725	142,725	152,240
8	42,380	42,380	52,975	52,975	63,570	63,570	84,760	84,760	105,950	105,950	127,140	127,140	137,735	137,735	148,330	148,330	158,925	158,925	169,520
각 추가 인원 에 대해 다음 금액 합산	4,320																		

출처: 연방 공보/ 제83권, 12호/목요일, 2018년 1월 18일/고지

자선 진료 C106

별첨 B-3: 진료소 슬라이딩 스케일 요금
 농가 이외의 소득에 대한 HHS 빈곤 가이드라인 - 최대 400%

범주	A	B		C		D		E		F		W
방문 요금	소아/태아 클리닉: 0 성인 클리닉: \$10	\$13		\$27		\$74		\$120		\$135		할인 없음
연방 빈곤 가이드라인 %	100%	101%-125%		126%-150%		151% - 200%		201%-250%		251% - 400%		> 400%
소득	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과	다음 이하	다음 초과
1	\$12,140	\$12,140	\$15,175	\$15,175	\$18,210	\$18,210	\$24,280	\$24,280	\$30,350	\$30,350	\$48,560	\$48,560
2	16,460	16,460	20,575	20,575	24,690	24,690	32,920	32,920	41,150	41,150	65,840	65,840
3	20,780	20,780	25,975	25,975	31,170	31,170	41,560	41,560	51,950	51,950	83,120	83,120
4	25,100	25,100	31,375	31,375	37,650	37,650	50,200	50,200	62,750	62,750	100,400	100,400
5	29,420	29,420	36,775	36,775	44,130	44,130	58,840	58,840	73,550	73,550	117,680	117,680
6	33,740	33,740	42,175	42,175	50,610	50,610	67,480	67,480	84,350	84,350	134,960	134,960
7	38,060	38,060	47,575	47,575	57,090	57,090	76,120	76,120	95,150	95,150	152,240	152,240
8	42,380	42,380	52,975	52,975	63,570	63,570	84,760	84,760	105,950	105,950	169,520	169,520
각각의 추가 인원 에 대해 다음 금액을 더합니다.	4,320											

출처: 연방 공보/ 제83권, 12호/목요일, 2018년 1월 18일/고지

자선 진료 C106

C

New York-Presbyterian Hospital/Columbia University Medical Center

New York-Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center

New York-Presbyterian Hospital/Morgan Stanley Children's Hospital

New York-Presbyterian Hospital/The Allen Hospital

New York-Presbyterian Hospital/Lower Manhattan Hospital

New York-Presbyterian Hospital/Westchester Division