

العنوان	المساعدة المالية - العيادات غير القائمة على مقدمي الخدمات، ASC، FS، Rehab (غير المستشفى)
الرقم	NMG-LD-FM-100
الفئة	LD-FM
ينطبق على	Novant Health: مجموعة Novant Health الطبية، مراكز التصوير المستقلة، مراكز الجراحة المستقلة، مراكز إعادة التأهيل، إدارات وكيانات الشركات Novant Health: NHMG Coastal Region, LLC, Home Care - Coastal

ا. النطاق / الغرض

يعكس مبدأ Novant Health المتمثل في "أننا نخلق مستقبلاً أكثر صحة ونبت الحياة في التجارب المميزة" تراث Novant Health غير الربحي والمسؤولية الاجتماعية في المجتمعات التي نتواجد فيها.

ا. السياسة

تقدم Novant Health, Inc والشركات التابعة لها (يُشار إليها فيما يلي باسم: "Novant Health") المساعدة المالية (الرعاية المجانية) للمرضى المؤهلين ذوي الدخل المنخفض. هذه الخدمة، إلى جانب خدمات المزايا المجتمعية الأخرى، ضرورية لتحقيق مهمة Novant Health.

يتمثل الغرض من هذه السياسة في وضع معايير وشروط تقديم المساعدة المالية للمرضى الذين يجعل وضعهم المالي من غير العملي أو من المستحيل الدفع مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات الضرورية طبياً. لا تغطي هذه السياسة الخدمات الاختيارية. الأفراد الذين يستوفون معايير الأهلية المنصوص عليها في هذه السياسة مؤهلون لتلقي الرعاية المجانية لخدمات الطوارئ أو الخدمات الضرورية طبياً. سيتم الحفاظ على سرية المعلومات والكرامة الفردية لكل من يطلب المساعدة بموجب هذه السياسة.

أ. الأهلية للحصول على المساعدة المالية

1. منطقة الخدمة -

- أ. مرضى عيادات الأطباء غير القائمة على مقدمي الخدمات (يُشار إليها فيما يلي باسم: "عيادة الأطباء"): يجب أن يكون المرضى يعيشون في منطقة الخدمة التقليدية للعيادة، كما هو محدد وموثق في كل عيادة ومتاح بناءً على طلب المريض.
- ب. التصوير الإشعاعي للمرضى الخارجيين في منشأة رعاية غير حادة ومنشآت أخرى مستقلة ("منشآت رعاية المرضى الخارجيين"): المرضى المقيمون في دائرة نصف قطرها 25 ميلاً من المنشأة مؤهلون للتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية، كما هو محدد في هذه السياسة.
- سيراجع رؤساء السوق و/أو من ينوبون عنهم المرضى خارج منطقة خدمة Novant Health المعنية ويوافقون عليهم. بالنسبة للتسجيلات المخطط لها، ودون الحصول على موافقة مسبقة، يُتوقع من المرضى الدفع مقابل الخدمات المقدمة إذا كان المريض يقيم خارج منطقة خدمة Novant Health.
2. المريض المحدد. في حالة عيادة الطبيب، يجب أن يكون المريض مريضاً تم علاجه من قبل طبيب رعاية أولية تابع لمجموعة Novant Health الطبية خلال السنوات الثلاث (3) السابقة.
3. الدخل. يجب أن يكون المريض غير مؤمن عليه، وغير قادر على الوصول إلى برامج الاستحقاق، وأن يكون دخل أسرته السنوي أقل من أو يساوي 300% من المبادئ التوجيهية الفيدرالية المتاحة بشأن الفقر للعام الحالي، ويجب أن يكون بدون أصول سائلة كبيرة (أي نقدًا في المتناول). ولا تُمنح تغطية الأطراف

- المؤمن عليها، إلا في ظروف محدودة عند مراجعة الإدارة لجميع وثائق المساعدة المالية واعتمادها.
4. الخدمات المشمولة بالتغطية. بالنسبة لمرضى منشأة العيادات الخارجية، تشمل الخدمات المشمولة بالتغطية الخدمات الطارئة والضرورية طبياً التي يتم تلقيها في منشأة العيادات الخارجية. بالنسبة لمرضى عيادة الطبيب، يتم تحديد الخدمات المشمولة بالتغطية بعد تقييم الطبيب. لا تشمل الخدمات المشمولة بالتغطية الفحوصات أو الخدمات أو الإجراءات التجميلية أو الانتقائية أو غير العاجلة أو خدمات الخصوبة أو العلاجات التجريبية. في حالة عيادات الأطباء، لا يتم تضمين الأدوية الموصوفة طبياً كخدمة مشمولة بالتغطية.
5. التغطية الصحية الأخرى. المرضى المعروف أنهم اختاروا عدم المشاركة في الخطط الصحية التي يراها صاحب العمل و/أو غير المؤهلين للتغطية الصحية التي ترعاها الحكومة، بسبب عدم الامتثال لمتطلبات البرنامج غير مؤهلين للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة. لا ينطبق هذا الاستثناء على المرضى المعروف أنهم اختاروا عدم المشاركة في تبادل الرعاية الصحية الذي ينص عليه قانون الرعاية الميسرة.
6. الظروف الخاصة. يمكن النظر في أهلية المرضى المتوفين للحصول على المساعدة المالية. وقد يكون المرضى المفلسون مؤهلين أيضاً للحصول على المساعدة المالية.
- ب. الطلب - سيتم إكمال طلب (انظر الطلب المرفق) يقدم جميع البيانات الداعمة المطلوبة للتحقق من أهلية المساعدة المالية من قبل المريض، ثم إعادته إلى مكتب الأعمال أو محامي دورة الإيرادات أو مستشار مالي في المنشأة أو العيادة. وتتضمن البيانات الداعمة وثائق إثبات الدخل مثل نماذج W2 أو كشوف الرواتب أو الإقرار الضريبي للسنة السابقة. يجب على المرضى الذين ليس لديهم مصدر دخل تقديم خطاب دعم يوضح حاجتهم إلى النظر في المساعدة المالية بناءً على وضعهم المالي الحالي. ويجب أن تنص الخطابات على الأقل على أن المريض ليست لديه وثائق مالية داعمة لتقديمها. انظر القسم G أدناه. سيتم الاحتفاظ بالطلبات في المنشأة أو مكتب عمل العيادة وتقديمها للأفراد الذين يطلبون المساعدة المالية، أو الذين تم تحديد كم رشحهم محتملين للمساعدة المالية. تتوفر الطلبات باللغتين الإنجليزية والإسبانية. يمكن تقديم المساعدة في إكمال الطلب عن طريق الاتصال بمستشار مالي على أي من أرقام الهواتف المدرجة في القسم O من هذه السياسة.
- ج. القرار بناءً على الطلب - بمجرد استلام الوثائق الكاملة واتخاذ قرار الأهلية، سيتم إرسال خطاب إخطار إلى كل مقدم طلب له عنوان معروف لإبلاغه بقرار المنشأة أو العيادة. إذا استوفى المريض متطلبات الأهلية، فسيتم تعيينه على أنه مؤهل لتلقي المساعدة المالية. سيتم الاتصال بالمرضى الذين يقدمون طلبات غير مكتملة و/أو لا يقدمون وثائق داعمة عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني أو البريد العادي، إذا كان هناك رقم هاتف أو بريد إلكتروني أو عنوان معروف.
- د. فترة الأهلية - يجب تحديث طلب المساعدة المالية والوثائق كل ستة أشهر، أو في أي وقت خلال فترة الستة أشهر تلك في حال تغير دخل أسرة المريض أو حالته التأمينية إلى الحد الذي يصبح فيه المريض غير مؤهل. ستتم مراجعة كل زيارة خلال فترة الستة أشهر بهدف الوصول المحتمل إلى برامج الاستحقاق الأخرى.
- هـ. عدم وجود وثائق مالية داعمة - يمكن تصنيف المرضى الذين ليس لديهم مصدر دخل كرعاية خيرية إذا لم يكن لديهم وظيفة أو عنوان بريدي أو محل إقامة أو تأمين. ويجب أيضاً مراعاة المرضى الذين لا يقدمون معلومات كافية عن وضعهم المالي. يجب على المرضى الذين ليس لديهم مصدر دخل تقديم خطاب دعم يوضح حاجتهم إلى النظر في المساعدة المالية بناءً على وضعهم المالي الحالي. ويجب أن تنص الخطابات على الأقل على أن المريض ليست لديه وثائق مالية داعمة لتقديمها. لا يمكن رفض المساعدة المالية بموجب هذه السياسة بناءً على إخفاق مقدم الطلب في تقديم المعلومات أو الوثائق التي لا تتطلب هذه السياسة أو نموذج الطلب من الفرد تقديمها.
- و. إجراءات الفوترة والتحويل - للحصول على معلومات حول أنشطة الفوترة والتحويل في Novant Health، يُرجى الاطلاع على سياسة الفوترة والتحويل في Novant Health. يمكن الحصول على نسخة من السياسة من خلال موقع Novant Health الإلكتروني أو عن طريق الاتصال بمستشار مالي على أي من أرقام الهواتف المدرجة في القسم O من هذه السياسة.
- ز. تاريخ سريان المساعدة المالية - في حين أنه من المستحسن تحديد أهلية المريض للحصول على المساعدة المالية في أقرب وقت ممكن من وقت الخدمة، طالما أن المريض يقدم الوثائق المطلوبة خلال فترة الطلب، سيتم تقديم المساعدة المالية، إذا كان مؤهلاً.
- ح. حفظ السجلات - يجب الاحتفاظ بالسجلات المتعلقة بمرضى المساعدة المالية المحتملين بسهولة لاستخدامها. يمكن الوصول إلى صور المستندات المتعلقة بالمساعدة المالية في المناطق التالية على مستوى الحساب أو السجل الطبي

للمريض لاسترجاعها:

- دورة إيرادات مجموعة Novant Health الطبية: يتم حفظ وثائق الطلب في خزائن ملفات مقفلة لمدة 30 يومًا ثم يتم مسحها ضوئيًا في Hyland OnBase و/أو مدير الوسائط في Dimensions للتخزين.
- مرافق المرضى الخارجيين في Novant Health: يتم مسح المستندات ضوئيًا في مدير الوسائط في Dimensions للتخزين.
- منشآت Novant Health Dimension Acute: يتم مسح المستندات ضوئيًا في مدير الوسائط في Dimensions للتخزين.

ط. ميزانية المساعدة المالية - قد يكون توافر المساعدة المالية محدودًا بناءً على ميزانية Novant Health أو القيود المالية الأخرى، والتي قد تؤثر على قدرة Novant Health على البقاء قابلة للتطبيق ماليًا.

ي. إمكانية وصول الأفراد ذوي الإعاقة المحدودة للغة الإنجليزية - يجب على Novant Health إتاحة هذه السياسة ونموذج الطلب والملخص البسيط لجميع الفئات السكانية الكبيرة التي لديها إعاقة محدودة للغة الإنجليزية ("LEP"). لتحديد ما إذا كان عدد السكان كبيرًا أم لا، ستستخدم Novant Health طريقة معقولة لتحديد مجموعات الإعاقة المحدودة للغة الإنجليزية ضمن منطقة خدمة Novant Health.

ك. إتاحة السياسة والوثائق ذات الصلة بالنسبة لعيادات الأطباء ومنشآت العيادات الخارجية، يمكن الحصول على نسخة من سياسة المساعدة المالية، والملخص البسيط، والطلب، وسياسة الفوترة والتحصيل عن طريق الاتصال بالعيادة.

III. الأفراد المؤهلون

لا ينطبق

IV. المعدات

لا ينطبق

V. الإجراءات

يعمل الإجراء كمبدأ توجيهي لمساعدة الموظفين في تحقيق أهداف السياسة. إضافة إلى الالتزام بهذه المبادئ التوجيهية الإجرائية، يُتوقع من الموظفين ممارسة الحكم في نطاق ممارستهم و/أو مسؤولياتهم الوظيفية.

لا ينطبق

VI. التوثيق

لا ينطبق

VII. التعريفات

الشركة التابعة - تشمل Novant Health, Inc. وأي كيان مملوك بالكامل أو كيان يعمل تحت اسم Novant Health.

فترة الطلب - الفترة التي تبدأ في تاريخ تقديم الرعاية للفرد وتنتهي في اليوم الـ 240 بعد تزويد الفرد بأول كشف فواتير للرعاية.

المساعدة المالية - الخدمات اللازمة لعلاج مرض، أو إصابة أو حالة أو مرض أو أعراضه، والتي تلبي معايير الطب المقبولة، والتي، إذا لم يتم علاجها على الفور، ستؤدي إلى تغيير سلبي في الحالة الصحية.

برنامج الاستحقاق - برنامج حكومي يضمن مزايا رعاية صحية معينة لشريحة من السكان. ولا يشمل ذلك تبادل الرعاية الصحية الذي ينص عليه قانون الرعاية الميسرة.

العائلة - تشمل الزوج والزوجة وأي أبناء (بما في ذلك أبناء الزوج/الزوجة) يعيشون في المنزل وهم معالون مؤهلون

للأغراض الضريبية.

الدخل - الأرباح السنوية للأسرة والمنافع النقدية من جميع المصادر قبل الضرائب، مطروحًا منها المدفوعات التي تُدفع مقابل نفقة الزوجة ودعم الطفل.

الخدمات الضرورية طبيًا - خدمات لحالة قد تؤدي، إذا لم يتم علاجها على الفور، إلى تغيير سلبي في الحالة الصحية للمريض.

منطقة الخدمة التقليدية - يتم تحديدها وتطبيقها باستمرار من قبل عيادة الطبيب ذات الصلة وتشمل 80-90% من مرضاها.

.VIII الوثائق ذات الصلة

التسوية الكارثية، الخصم غير المؤمن عليه، خطة الدفع، تسجيل الدخول، الرسوم والاستشارات المالية، الفوترة والتحصيلات، المساعدة المالية في مستشفيات كارولينا الشمالية، المساعدة المالية في مستشفيات كارولينا الجنوبية

.IX المراجع

لا ينطبق

.X تم الإرسال بواسطة

المساعدة المالية في Novant Health / اللجنة الفرعية المعنية بالديون المعدومة

.XI الكلمات الرئيسية

رعاية خيرية، مريض غير مؤمن عليه، مساعدة مالية، مساعدة مالية

.XII تاريخ السريان الأولي

NHMG-Coastal Region, LLC., Home+2025/01
تمت إضافة Care Coastal

تواريخ سريان التفتيحات

تواريخ المراجعات (لا توجد تغييرات)

تاريخ استحقاق المراجعة التالية

يناير 2028

ورقة التوقيع

المساعدة المالية - العيادات غير القائمة على مقدمي الخدمات، ASC، FS، Rehab (غير المستشفى)	العنوان
NMG-LD-FM-100	الرقم
LD-FM	الفئة
Novant Health: مجموعة Novant Health الطبية، مراكز التصوير المستقلة، مراكز الجراحة المستقلة، مراكز إعادة التأهيل، إدارات وكيانات الشركات Novant Health: NHMG Coastal Region, LLC, Home Care - Coastal	ينطبق على
أولي	الإجراء

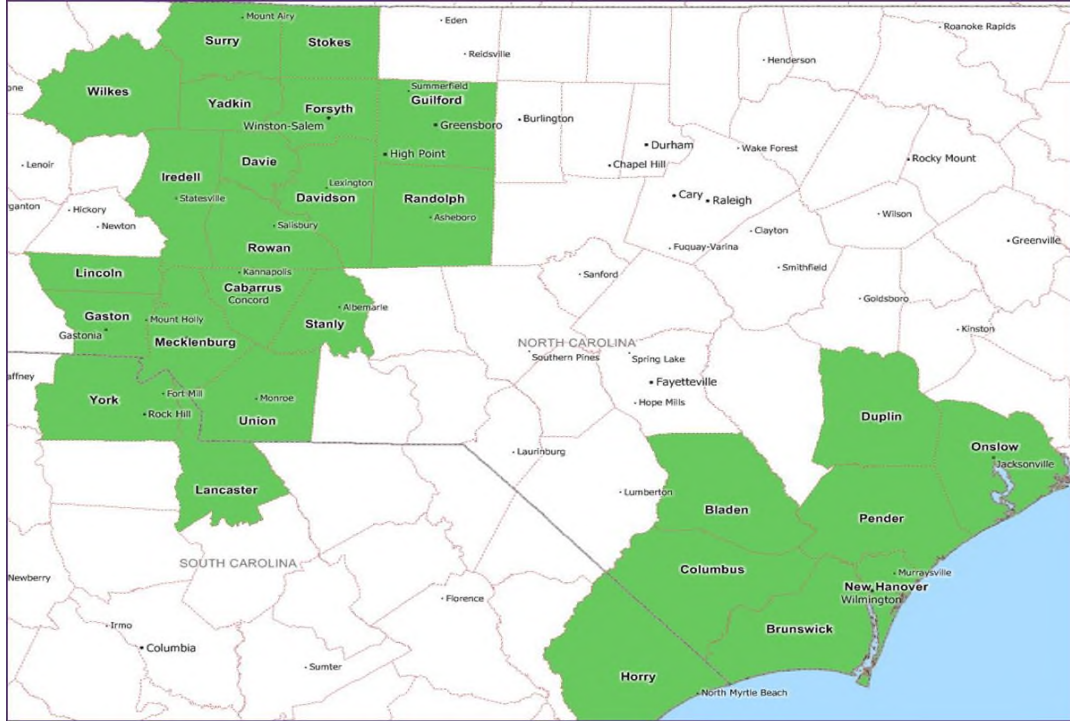
معتمد من طرف:

المسمى الوظيفي	معتمد من طرف	التوقيع	التاريخ
EVP, CFO	Alice Pope		See electronic approval
Pres. / COO, NH NHRMC	Ruth Glaser		See electronic approval

اللجان معتمدة من:

اللجنة	الرئيس/المُعَيَّن	التاريخ
معايير عيادة مجموعة Novant Health الطبية/لجنة سلامة المرضى	دكتور جون كارد، رئيس مجلس الإدارة	معلق

منطقة خدمة كارولينا الشمالية وكارولينا الجنوبية





طلب المساعدة المالية

I.

المعلومات الديموغرافية للمريض

اسم المريض: _____ (الأخير) (الأول) (الأوسط) (رقم الضمان الاجتماعي) (تاريخ الميلاد)

اسم الضامن: _____ (الأخير) (الأول) (الأوسط) (رقم الضمان الاجتماعي) (تاريخ الميلاد)

العنوان: _____ (الشارع) (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي)

هاتف: _____

هل تقدمت بطلب للحصول على مساعدة مالية في أي من منشآت Novant Health, Inc. (مثل Novant Health Medical Group، أو Novant Health Hospital، أو Novant Health Imaging Center) في الماضي؟ نعم _____ لا _____

إذا كانت الإجابة نعم، فما هو تاريخ الطلب أو الموافقة؟ _____

II.

معلومات الأسرة

الحالة الاجتماعية (ضع دائرة حول واحدة)	متزوج	اعزب	منفصل	إجمالي أفراد الأسرة:
اسم المعال (أسماء المعالين) (أرفق ورقة منفصلة للمعالين الإضافيين)	تاريخ ميلاد المعال			

III.

الوظيفة/الدخل

صاحب عمل المريض/الضامن:
إجمالي مبلغ الدخل الشهري: \$
مصدر الدخل - يرجى إرفاق إثبات للوضع الحالي أو شرحه
مصدر دخل الزوج/الزوجة أو مصدر دخل آخر وإجمالي المبلغ الشهري: \$
إجمالي دخل الأسرة السنوي: \$
هل لديك حساب مصرفي نشط؟
هل قمت بإيداع ضرائب للعام السابق؟

IV.

التحقق من التأمين

هل لديك أي تأمين صحي؟	نعم	لا
اسم شركة التأمين:		
هل أنت موظف؟	نعم	لا
بالنسبة لصاحب العمل الحالي أو إذا أصبحت عاطلاً عن العمل خلال الـ 90 يوماً الماضية، صاحب العمل السابق، يرجى تقديم: اسم صاحب العمل (وتواريخ العمل إذا لم تعد تعمل):		
أذكر اسم شركة التأمين التي يتبعها صاحب العمل (إن وجدت): إذا كنت عاطلاً عن العمل		
مؤخراً؛ فهل أنت مؤهل للحصول على مزايا كوبرا (التأمين الصحي المستمر)؟		

أقر بأن المعلومات المقدمة صحيحة وعلى حد علمي. وأفهم أن المعلومات الاحتياطية أو المضللة ستجعلني غير مؤهل للحصول على أي مساعدة مالية. وأصرح بالكشف عن أي معلومات مطلوبة للتحقق من المعلومات المقدمة ومن أجل الفترة والتحصيلات وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. ويجوز طلب إثبات الدخل قبل النظر في الطلب. ويجوز أن يكون إثبات الدخل المقبول، على سبيل المثال لا الحصر: نسخة من كشوف الرواتب، أو نسخة من الإقرار الضريبي للعام الماضي، أو خطاب من صاحب العمل يوضح الراتب الحالي وساعات العمل.

توقيع المريض/الضامن	التاريخ:
Signature of Interviewer	Date:
Signature of Manager	Date:
Signature of Director	Date:
Signature of VP	Date:
التعليقات	