

標題	財務援助 - 非醫護服務提供者診所、ASC's、FS、Rehab（非醫院）		
編號	NMG-LD-FM-100	最近一次修訂/審查的生效日期:	2025年1月
類別	LD-FM		
適用於	Novant Health: NHMG、Freestanding Imaging Centers、Freestanding Surgery Centers、Rehabilitation Centers、公司部門與實體 Novant Health: NHMG Coastal Region, LLC、Home Care – 沿海區域		

I. 範圍 / 目的

Novant Health 的宗旨，即「我們將創造一個更加健康的未來，為生活帶來非凡的體驗」，反映了 Novant Heath 的非牟利傳統和我們對所在社群的社會責任。

II. 政策

Novant Health, Inc 及其附屬機構（「Novant Health」）為合格的低收入患者提供財務援助（免費護理）。此項服務，連同其他社區福利服務，對於 Novant Health 實現其使命至關重要。

本政策旨在確立向經濟狀況讓其不能實際或無法支付緊急或醫療上必要服務費用的患者提供財務援助的標準和條件。本政策不涵蓋選擇性服務。符合本政策所定資格標準的個人可以獲得急診或醫療上必要服務的免費護理。

所有根據本政策尋求援助的人員，其資訊的機密性和個人尊嚴將予維護。

A. 獲享財務援助的資格。

1. 服務區域 -

- a. 非醫護服務提供者為主的醫生診所（「醫生診所」）患者：患者必須居住在診所的傳統服務區域內，如同在每個診所所定義和記錄的，且可在患者提出請求時提供。
- b. 非急性護理機構和其他獨立機構（「門診機構」）的門診放射科患者：居住在該機構 25 英里半徑範圍內的患者符合申請財務援助的資格，如本政策所定義。

在適用 Novant Health 服務區域外的患者將由市場部總裁和/或指定人員審查和批准。對於已計劃的登記，如果患者居住在 Novant Health 服務區域之外且未經事先批准，患者將需要為所提供的服務付費。

2. 既有患者。如果是醫生診所，患者必須在過去三（3）年內曾由 Novant Health 醫療集團的主治醫生治療過。

3. 收入。患者必須沒有保險、無法取用有權享用的計劃、家庭年收入低於或等於當年度聯邦貧困基準線的 300%，且必須沒有大額流動資產（即手頭現金）。僅在有限情況下，經管理層審查並批准所有財務援助文件後，才能向有保險者授予援助。
 4. 承保的服務。對於門診機構患者，承保的服務包括在門診機構提供的急診和醫療上必要的服務。對於醫生診所的患者，承保的服務由醫生評估後確定。承保的服務不包括美容、選擇性、非緊急測試、服務或程序、生育服務或實驗性治療。若是醫生診所，則承保的服務不含處方藥。
 5. 其他健康承保項目。已知選擇不參加雇主投保的健康計劃和/或因未遵守計劃要求而不符合政府贊助健康承保資格的患者，不符合本政策的財務援助資格。本除外條款不適用於已知選擇不參與《平價護理法案》確立之醫療保健交換計劃的患者。
 6. 特殊情況。已故的患者可能獲考量其財務援助資格。破產的患者也可能有資格獲享財務援助。
- B. 申請 – 提供了驗證財務援助資格所需全部佐證資料之申請（見隨附的申請）將由患者填寫，並交回業務辦公室、收入週期倡導員或本機構或診所的財務顧問。佐證資料包括收入證明文件，例如 W2 表、薪資單或前一年的退稅單。沒有收入來源的患者應提供一份求助函，申明其根據目前的經濟狀況需要得到財務援助的考量。信函應至少說明患者沒有佐證財務狀況的文件可提供。請參閱以下 G 節。申請資料將保存在本機構或診所的業務辦公室，並提供給請求財務援助或經確定為潛在財務援助候選人的個人。申請資料有英文和西班牙文版本可用。可撥打本政策 0 節所列的任何電話號碼以聯絡財務顧問，即可協助填寫申請資料。
- C. 根據申請判定 – 在收到填好的文件且完成資格判定後，將向每位地址已知的申請人發送通知函，告知其本機構或診所的決定。如果患者符合資格要求，將指定其有資格獲享財務援助。若有已知的電話號碼、電子郵件或地址，將透過電話、電子郵件或郵寄聯絡那些提交了不完整的申請和/或未提供佐證文件的患者。
- D. 資格期間 – 財務援助申請和文件必須每六個月更新一次，或在六個月期間的任何時間患者的家庭收入或保險狀態變更至患者不再合資格時更新。將審查六個月期間的每次就診以確定是否可能存取其他有權享用的計劃。
- E. 無佐證的財務文件 – 無收入來源的患者若沒有工作、郵寄地址、住所或保險，可歸類為享用慈善護理者。未提供充分財務狀態資訊的患者也必須予以考量。沒有收入來源的患者應提供一份求助函，申明其根據目前的經濟狀況需要得到財務援助的考量。信函應至少說明患者沒有佐證財務狀況的文件可提供。根據本政策，不得因申請人未能提供本政策或申請表未要求個人提交的資料或文件而拒絕給予其財務援助。
- F. 結賬和收款行動 – 有關 Novant Health 結賬和收款活動的資訊，請參閱 Novant Health 結賬和收款政策。可透過 Novant Health 網站或撥打本政策 0 節所列任何電話號碼聯絡財務顧問，取得本政策的副本。
- G. 財務援助的生效日期 – 雖然希望盡可能在接近服務時間時確定患者是否符合財務援助資格，但只要患者在申請期間提交所需的文件，則經認定符合資格，

將提供財務援助。

- H. 記錄保存 – 與潛在的財務援助患者相關的記錄必須可隨時取而用之。與財務援助相關的文件圖像可在以下區域在患者帳戶或醫療記錄層面上存取以供檢索：
 - NHMG Revenue Cycle: 申請文件會保存在上鎖的檔案櫃中 30 天，然後掃描到 Hyland OnBase 和/或 Dimensions 的媒體管理庫進行儲存。
 - NH 門診機構：將文件掃描到 Dimensions 的媒體管理庫進行儲存。
 - NH Dimension Acute 機構：將文件掃描到 Dimensions 的媒體管理庫進行儲存。
- I. 財務援助預算 – 財務援助的可用性可能根據 Novant Health 的預算或其他財務制約而受限，這會影響 Novant Health 仍可提供財務援助的能力。
- J. LEP 個人無障礙設施 – Novant Health 應使本政策、申請表和淺白語言摘要可提供給所有英語能力有限（LEP）的重要族群。為了判定某個族群是否重要，Novant Health 將使用合理方法判定 Novant Health 服務區域內的 LEP 語言群體。
- K. 政策與相關文件的可供性
對於醫生診所和門診機構，可透過聯絡診所取得財務援助政策、淺白語言摘要、申請資料以及結賬與收款政策的副本。

III. 有資質的工作人員

不適用

IV. 設備

不適用

V. 程序

本程序用作協助工作人員實現本政策目標的指引。遵循這些程序指引時，工作人員應在其從業範圍和/或職責範圍內行使其判斷力。

不適用

VI. 文件記錄

不適用

VII. 定義

附屬機構 – 包括 Novant Health, Inc. 和任何全資所有的實體或以 Novant Health 名稱營運的實體。

申請期 – 從提供護理給個人當天始，至個人收到該護理的第一份對賬單後第 240 天止的期間。

財務援助 – 治療疾病、受傷、病症、疾病或其症狀所需（若未及時治療，會導致健康狀況出現不良變化）且符合公認藥物標準的服務。

有權享用的計劃 – 向部分群體保證特定醫療保健福利的政府計劃。這不包括《平價護理法案》確立的醫療保健互換計劃。

家人 – 包括丈夫、妻子和任何住在家中且出於報稅目的而符合資格的受撫養人子女（包括繼子女）。

收入 – 稅前得自所有來源的年度家庭收入和現金福利，減去已付的贍養費和子女撫養費。

醫療上必要的服務 – 用於那些若未及時治療則會導致患者健康狀況出現不良變化之病症的服務。

傳統的服務區域 – 由相關醫生診所定義並一致應用，且包括其 80–90% 的患者。

VIII. 相關文件

重大傷病結算；無保險者折扣；付款計劃；入院；費用與財務諮詢、結賬與收款、財務援助 – NC 醫院、財務援助 – SC 醫院

IX. 參考資料

不適用

X. 提交者

Novant Health 財務援助/壞債子委員會

XI. 關鍵字

慈善、無保險的患者、財務援助、財務援助

XII. 最初生效日期 2025 年 1 月 +NHMG-Coastal Region, LLC.、Home Care Coastal 已添加

修訂案的生效日期

審查日期（無變更）

預計的下次審查日期

2028 年 1 月

簽名頁

標題	財務援助 – 非醫護服務提供者診所、ASC's、FS、Rehab（非醫院）
編號	NMG-LD-FM-100
類別	LD-FM
適用於	Novant Health : NHMG 、 Freestanding Imaging Centers 、 Freestanding Surgery Centers、 Rehabilitation Centers、公司部門與實體 Novant Health: NHMG Coastal Region, LLC、Home Care – 沿海區域
行動	初始

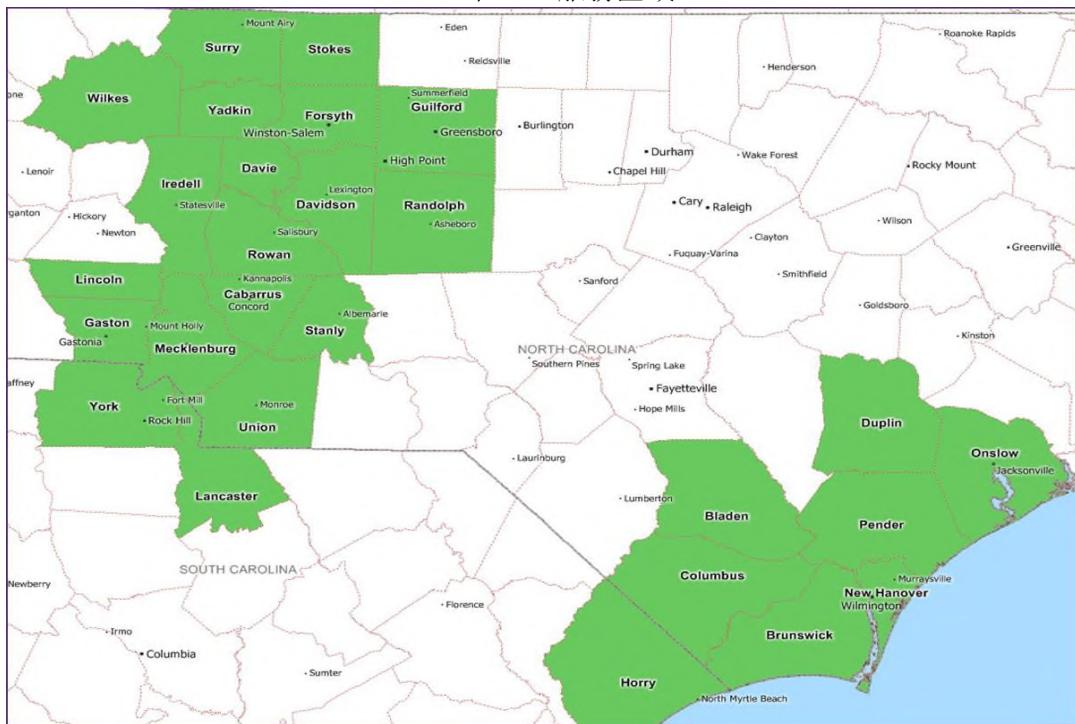
批准人：

職銜	批准人	簽名	日期
EVP, CFO	Alice Pope		See electronic approval
Pres. / COO, NH NHRMC	Ruth Glaser		See electronic approval

委員會批准人：

委員會	主席/指定人員	日期
NHMG 臨床標準/患者安全委員會	John Card 醫學博士兼主席	待定

NC 和 SC 服務區域





財務援助申請

I. 患者人口統計資料

患者姓名: _____

(姓) (名) (中間名) (SSN) (DOB)

擔保人姓名: _____

(姓) (名) (中間名) (SSN) (DOB)

地址: _____

(街道) (城市) (州) (郵遞區號)

電話: _____

您過去是否曾向任何 Novant Health, Inc. (例如 Novant Health Medical Group、Novant Health Hospital、Novant Health Imaging Center) 申請財務援助? _____ 是 _____ 否

如答「是」，申請或批准日期? _____

II. 家庭資料

婚姻狀況 (請圈選一項)	已婚	單身	分居	家庭總人數:
--------------	----	----	----	--------

受撫養人姓名 (請為其他受撫養人另附一頁)	受撫養人出生日期

III. 工作/收入

患者/擔保人雇主:	
每月收入總金額: \$	
收入來源 - 請附上目前情況的證明或說明	
配偶或其他收入來源及每月總金額: \$	
年度家庭總收入: \$	
您有否在用的銀行賬戶?	您有為上年度報稅嗎?

IV. 保險驗證

您是否投保了任何健康保險?	是	否
保險公司名稱:		
您是否有工作?	是	否
對於現任雇主，或若您在過去 90 天內失業，則為前雇主，請提供：雇主名稱 (若不再受雇，則為就業日期):		
提供您雇主投保之保險公司的名稱 (若有)：如果最近失業，您是		
否有資格取得 COBRA 福利?		

我謹實，就我所知，所提供的資訊屬實。我明白，提供欺詐或誤導性資料會使我不符合獲享任何財務援助的資格。我授權披露任何必要資料，以驗證所提供的資料，並遵照適用的聯邦和州法律進行結賬和收款。在做出任何考量之前，可能需要提供收入證明。可接受的收入證明可能包括但不限於：薪資單副本、上年度退稅單副本，或雇主聲明當前薪資和工作時數的函件。

患者/擔保人簽名	日期:
Signature of Interviewer	Date:
Signature of Manager	Date:
Signature of Director	Date:
Signature of VP	Date:
評註	