

<b>TITRE</b>	Assistance financière - Cliniques « non-provider based », ASC, FS, Réadaptation (Hors hôpital)		
<b>NUMÉRO</b>	NMG-LD-FM-100	<b>Date de dernière révision/révision effective :</b>	Jan25
<b>CATÉGORIE</b>	LD-FM		
<b>APPLICABLE À</b>	Novant Health : NHMG, centres d'imagerie autonomes, centres de chirurgie autonomes, centres de rééducation, départements et entités d'entreprise Novant Health : NHMG Coastal Region, LLC, Home Care - Coastal		

## I. CHAMP D'APPLICATION / OBJECTIF

La cause Novant Health, « Nous créons un avenir plus sain et donnons vie à des expériences remarquables », reflète l'héritage à but non lucratif de Novant Health et la responsabilité sociale aux communautés dans lesquelles nous sommes situés.

## II. POLITIQUE

Novant Health, Inc et ses sociétés affiliées (« Novant Health ») fournissent une assistance financière (soins gratuits) aux patients admissibles à faible revenu. Ce service, ainsi que d'autres services au profit de la communauté, est essentiel à l'accomplissement de la mission de Novant Health.

Cette politique a pour objectif d'établir les critères et les conditions de fourniture d'une assistance financière aux patients dont le statut financier rend le paiement de services d'urgence ou médicalement nécessaires irréalisable ou impossible. Cette politique ne couvre pas les services facultatifs. Les personnes répondant aux critères d'éligibilité établis dans cette politique sont admissibles pour recevoir des soins gratuits pour les services d'urgence ou médicalement nécessaires.

La confidentialité des informations et la dignité individuelle seront respectées pour tous ceux qui demandent de l'aide en vertu de cette politique.

### A. Éligibilité à une aide financière.

#### 1. Zone desservie –

- a. *Patients de clinique médicale « non-provider based » (« clinique médicale ») :* les patients doivent vivre dans la zone desservie traditionnellement par la clinique, tel que définie et documentée dans chaque clinique et disponible à la demande d'un patient.
- b. *Patients de radiologie ambulatoire dans un établissement de soins non aigus et autres établissements autonomes (« Établissements ambulatoires ») :* les patients résidant dans un rayon de 40 km (25 miles) de l'établissement sont éligibles pour faire une demande d'assistance financière, comme défini dans cette politique.

Les patients en dehors de la zone desservie appropriée de Novant Health Service seront examinés et approuvés par les présidents de marché ou leurs représentants. Pour les enregistrements programmés, sans approbation préalable, les patients devront payer pour les services rendus s'ils résident en dehors de la zone desservie par Novant Health.

2. **Patient régulier.** Dans le cas d'une clinique médicale, un patient doit être quelqu'un qui a été traité par un médecin généraliste du Groupe médical Novant Health au cours des trois (3) années précédentes.
  3. **Revenus.** Le patient doit être non assuré, dans l'incapacité d'accéder aux programmes d'indemnités, avoir des revenus familiaux annuels inférieurs ou égaux à 300 % des Lignes directrices fédérales sur la pauvreté disponibles pour l'année en cours, et ne pas avoir d'actifs liquides substantiels (p. ex. argent disponible). La couverture des parties assurées sera seulement accordée dans certaines circonstances après l'examen et l'approbation de tous les documents relatifs à une assistance financière par la direction.
  4. **Services couverts.** Pour les patients en ambulatoire, les services couverts comprennent les services d'urgence et les services médicalement nécessaires reçus dans un établissement ambulatoire. Pour les patients d'une clinique médicale, les services couverts sont déterminés par l'évaluation d'un médecin. Les services couverts excluent les services, tests et procédures cosmétiques, facultatifs, non urgents, les services de fertilité ou les traitements expérimentaux. Dans le cas des cliniques médicales, les médicaments sous ordonnance sont exclus des services couverts.
  5. **Autre couverture sanitaire.** Les patients connus pour avoir choisi de ne pas participer aux régimes de santé parrainés par leur employeur, ou qui ne sont pas éligibles pour une couverture médicale parrainée par le gouvernement en raison de leur non-conformité aux exigences du programme, ne sont pas éligibles à une assistance financière en vertu de cette politique. Cette exclusion ne s'applique pas aux patients qui sont connus pour avoir choisi de ne pas participer à l'échange de soins de santé établi par la loi Affordable Care Act.
  6. **Circonstances spéciales.** L'éligibilité des patients décédés à l'aide financière peut être envisagée. Les patients en faillite peuvent également être éligibles à une assistance financière.
- B. **Demande** – Une demande (voir la demande ci-jointe) fournissant toutes les données à l'appui nécessaires pour vérifier l'éligibilité à une assistance financière sera remplie par le patient et retournée au bureau administratif, au porte-parole du cycle des recettes ou à un conseiller financier de l'établissement ou de la clinique. Les données à l'appui sont des documents attestant les revenus tels que des formulaires W2, des talons de paie ou la déclaration d'impôt de l'année précédente. Les patients sans source de revenus doivent fournir une lettre de soutien indiquant leur besoin d'être envisagés pour recevoir une assistance financière sur la base de leur situation financière actuelle. Les lettres doivent indiquer au minimum que le patient ne peut fournir aucune documentation financière à l'appui. Voir la Section G ci-dessous. Les formulaires de demande seront conservés au bureau administratif de l'établissement ou de la clinique et fournis aux personnes qui demandent une assistance financière ou identifiées comme des candidats potentiels pour une assistance financière. Les formulaires de demande sont disponibles en anglais et en espagnol. Une aide pour remplir la

demande peut être fournie en contactant un conseiller financier à l'un des numéros de téléphone indiqués dans la Section O de cette politique.

- C. Détermination basée sur une demande – Dès la réception des documents complets et après détermination de l'éligibilité, une lettre de notification sera envoyée à chaque demandeur dont l'adresse est connue, l'avisant de la décision des établissements ou de la clinique. Si le patient répond aux exigences d'éligibilité, il sera désigné comme éligible pour recevoir une assistance financière. Les patients qui soumettent des demandes incomplètes ou qui ne fournissent pas de documentation à l'appui seront contactés par téléphone, courrier électronique ou par courrier, si leur numéro de téléphone, adresse électronique ou adresse sont connus.
- D. Période d'éligibilité – La demande et la documentation d'assistance financière doivent être mises à jour tous les six mois ou à tout moment durant cette période de six mois où les revenus familiaux ou le statut d'assurance change au point où le patient devient inéligible. Chaque visite effectuée pendant ces six mois sera passée en revue pour un éventuel accès à d'autres programmes d'indemnités.
- E. Aucune documentation financière à l'appui – Les patients sans source de revenus peuvent être classés comme pouvant bénéficier de soins caritatifs s'ils n'ont pas de travail, d'adresse postale, de résidence ou d'assurance. Il convient de prendre également en considération les patients qui ne fournissent pas d'informations adéquates au sujet de leur statut financier. Les patients sans source de revenus doivent fournir une lettre de soutien indiquant leur besoin d'être envisagés pour recevoir une assistance financière sur la base de leur situation financière actuelle. Les lettres doivent indiquer au minimum que le patient ne peut fournir aucune documentation financière à l'appui. L'assistance financière ne peut pas être refusée en vertu de cette politique si le demandeur manque de fournir des informations ou une documentation que cette politique ou ce formulaire de demande n'exige pas du demandeur.
- F. Actions de facturation et de recouvrement – Pour plus d'informations sur les activités de facturation et de recouvrement de Novant Health, veuillez consulter la politique de facturation et de recouvrement de Novant Health. Une copie de cette politique peut être obtenue sur le site Internet de Novant Health ou en contactant un conseiller financier à l'un des numéros de téléphone indiqués dans la Section O de cette politique.
- G. Date d'entrée en vigueur de l'assistance financière - Bien qu'il soit désirable de déterminer l'éligibilité d'un patient pour une assistance financière le plus près possible de la date du service, tant que le patient soumet la documentation requise pendant la période de la demande, l'assistance financière sera fournie, si le patient est jugé admissible.
- H. Enregistrements – Les dossiers relatifs aux patients potentiellement admissibles à une assistance financière doivent être faciles à obtenir. Les images de documents relatives à une assistance financière sont accessibles dans les domaines suivants au niveau du compte ou du dossier médical du patient :
  - Cycle de revenus NHMG : La documentation de la demande est conservée dans un classeur fermé à clé pendant 30 jours et puis numérisée dans Hyland OnBase et/ou le gestionnaire de médias de

- Dimensions en vue de son archivage.
- Établissements de soins ambulatoires en HN : les documents sont numérisés dans le gestionnaire de médias de Dimensions en vue de leur archivage.
  - Établissements de soins aigus NH Dimension : les documents sont numérisés dans le gestionnaire de médias de Dimensions en vue de leur archivage.
- I. Budget de l'assistance financière - La disponibilité de l'assistance financière pourra être limitée en fonction du budget de Novant Health ou de ses autres contraintes financières, qui auraient un impact sur la capacité de Novant Health à rester financièrement viable.
- J. Accessibilité aux personnes CLA – Novant Health fournira cette politique, le formulaire de demande et le résumé en langage clair à toutes les populations significatives ayant des compétences limitées en anglais (« CLA »). Pour déterminer si une population est significative, Novant Health utilisera une méthode raisonnable pour déterminer les groupes de langue CLA dans une zone desservie par Novant Health.
- K. Disponibilité de la politique et des documents connexes  
Pour les cliniques médicales et les établissements en ambulatoire, une copie de la politique d'assistance financière, un résumé en langage clair, un formulaire de demande et la politique de facturation et de recouvrement peuvent être obtenus en contactant la clinique.

### **III. PERSONNEL QUALIFIÉ**

S/O

### **IV. ÉQUIPEMENTS**

S/O

### **V. PROCÉDURE**

*La procédure sert de directive pour aider le personnel à réaliser les objectifs de la politique. En suivant ces directives de procédure, le personnel est censé exercer un jugement dans son champ de pratique ou ses responsabilités professionnelles.*

S/O

### **VI. DOCUMENTATION**

S/O

### **VII. DÉFINITIONS**

**Société affiliée** – inclut Novant Health, Inc. et toute entité à part entière ou entité exploitée sous le nom Novant Health.

**Période de la demande** – la période qui commence à la date de prestation des soins à une personne et qui prend fin le 240<sup>e</sup> jour suivant la fourniture du premier relevé de facturation à la personne pour ses soins.

**Assistance financière** – services requis pour traiter une maladie, une blessure, une affection, une pathologie ou ses symptômes et répondant aux normes médicales acceptées, et qui, sans traitement rapide, entraîneraient un changement défavorable de l'état de santé.

**Programme d'indemnités**– programme gouvernemental garantissant certaines prestations de soins de santé à un segment de la population. Cela exclut l'échange de soins de santé établi par la loi Affordable Care Act.

**Famille** – comprend le mari, la femme et tous les enfants (y compris les beaux-enfants) qui vivent dans la maison et qui sont des personnes à charge admissibles aux fins de l'impôt.

**Revenus** – gains annuels et prestations en espèces de la famille provenant de toutes sources avant impôts, déduction faite des paiements effectués pour la pension alimentaire et la prise en charge des enfants.

**Services médicalement nécessaires** – Services pour une pathologie qui, sans un traitement rapide, entraîneraient un changement défavorable de l'état de santé d'un patient.

**Zone desservie traditionnelle** – définie et constamment appliquée par la clinique médicale pertinente et couvrant 80 à 90 % de leurs patients.

## VIII. DOCUMENTS CONNEXES

Règlement catastrophique, escompte non assuré, plan de paiement, admissions, frais et conseils financiers, facturation et recouvrements, assistance financière, hôpitaux de NC, assistance financière, hôpitaux de SC

## IX. RÉFÉRENCES

S/O

## X. PRÉSENTÉ PAR

Novant Health Assistance financière/Sous-comité des créances irrécouvrables

## XI. MOTS CLÉS

Organisation caritative, patient non assuré, Assistance financière, assistance financière

**XII. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR INITIALE** 01/2025+NHMG-Coastal Region, LLC.,  
Accueil  
Care Coastal ajouté

**DATES DE RÉVISION EFFECTIVES**

**DATES DE RÉVISION (sans changements)**

**Échéance pour la prochaine révision**

janvier 2028

## FEUILLE DE SIGNATURE

<b>TITRE</b>	Assistance financière - Cliniques « non-provider based », ASC, FS, Réadaptation (Hors hôpital)
<b>NUMÉRO</b>	NMG-LD-FM-100
<b>CATÉGORIE</b>	LD-FM
<b>APPLICABLE À</b>	Novant Health : NHMG, centres d'imagerie autonomes, centres de chirurgie autonomes, centres de rééducation, départements et entités d'entreprise  Novant Health : NHMG Coastal Region, LLC, Home Care - Coastal
<b>ACTION</b>	Initial

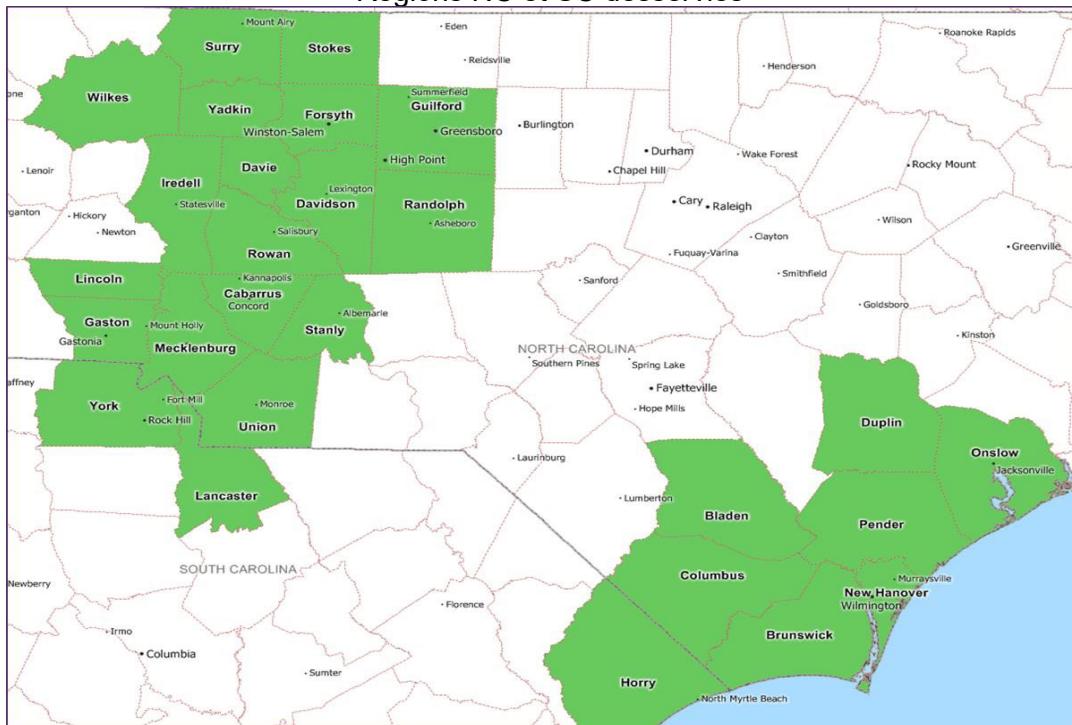
### APPROUVÉ PAR :

Fonction	Approuvé par	Signature	Date
VPE, Directeur financier	Alice Pope		Voir approbation électronique
Pres. / COO, NH NHRMC	Ruth Glaser		Voir approbation électronique

### COMITÉS APPROUVÉS PAR :

Comité	Président(e)/Personne désignée	Date
Normes cliniques NHMG/Comité de sécurité des patients	John Card, MD, Président	En attente

## Régions NC et SC desservies





## Demande d'aide financière

### I. Données démographiques du patient

Nom du/de la patient(e) : \_\_\_\_\_  
(Nom) \_\_\_\_\_ (Prénom) \_\_\_\_\_ (Autre prénom) \_\_\_\_\_ (NSS) \_\_\_\_\_ (Date de naissance)

Nom du garant : \_\_\_\_\_  
(Nom) \_\_\_\_\_ (Prénom) \_\_\_\_\_ (Autre prénom) \_\_\_\_\_ (NSS) \_\_\_\_\_ (Date de naissance)

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Rue) \_\_\_\_\_ (Ville) \_\_\_\_\_ (État) \_\_\_\_\_ (Code postal)

Téléphone : \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà fait une demande d'assistance financière dans un établissement de Novant Health, Inc. (par ex., groupe médical de Novant Health, hôpital de Novant Health, centre d'imagerie de Novant Health) ? \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Non  
Si oui, veuillez préciser la date de la demande ou de son approbation ? \_\_\_\_\_

### II. Données sur le foyer

Situation matrimoniale <i>(Entourez une seule réponse)</i>	Marié(e)	Célibataire	Séparé(e)	Nombre total de personnes dans le foyer :
---	----------	-------------	-----------	---

Nom(s) des personnes à charge (Joindre une feuille séparée pour les autres personnes à charge)	Date de naissance des personnes à charge

### III. Emploi/Revenu

Employeur du patient/garant :		
Montant du revenu mensuel brut en USD : \$		
Source de revenus : joindre une pièce justificative ou une explication de la situation actuelle		
Revenu mensuel brut du conjoint ou d'autres sources de revenus en USD : \$		
Revenu annuel brut total du foyer en USD : \$		
Avez-vous un compte bancaire actif ?	Avez-vous déclaré vos impôts pour l'année précédente ?	

### IV. Vérification de l'assurance

Avez-vous une assurance-maladie ?	OUI	NON
Nom de la compagnie d'assurance :		
Avez-vous un emploi ?	OUI	NON
Pour l'employeur actuel ou si vous êtes devenu(e) au chômage au cours des 90 derniers jours, ancien employeur, veuillez fournir :		
Le nom de l'employeur (et les dates d'emploi si vous n'êtes plus employé(e)) :		
Veuillez donner le nom de la société d'assurance de votre employeur (le cas échéant) :		
Si vous êtes au chômage depuis peu, êtes-vous éligible aux prestations COBRA ?		

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts, et ce, dans l'état actuel de mes connaissances. Je comprends que des renseignements frauduleux ou trompeurs me rendront inéligible à une quelconque assistance financière. J'autorise la divulgation de toutes les informations nécessaires pour la vérification des renseignements fournis, ainsi que pour la facturation et le recouvrement, conformément aux lois fédérales et étatiques applicables. Une preuve du revenu peut-être demandée avant de commencer l'examen du dossier. Les preuves de revenus valides comprennent, mais sans s'y limiter : une copie des talons de paie, une copie de la déclaration d'impôts de l'année précédente, ou une lettre de l'actuel employeur mentionnant le salaire actuel et les heures de travail.

Signature du patient/garant	Date :
Signature de l'enquêteur	Date :
Signature du gestionnaire	Date :
Signature du directeur	Date :
Signature du VP	Date :

Commentaires	
--------------	--