

TITEL	Finanzielle Unterstützung – Kliniken ohne Leistungserbringer, ASCs, FS, Reha (außerhalb eines Krankenhauses)		
NUMMER	NMG-LD-FM-100	Letzte Überarbeitung/Überprüftes Datum des Inkrafttretens:	Jan25
KATEGORIE	LD-FM		
GILT FÜR	Novant Health: NHMG, Freestanding Imaging Centers, Freestanding Surgery Centers, Rehabilitation Centers, Corporate Departments und Entities Novant Health: NHMG Coastal Region, LLC, Home Care – Coastal		

I. GELTUNGSBEREICH / ZWECK

Der Leitsatz von Novant Health („NH“), "Wir schaffen eine gesündere Zukunft und erwecken bemerkenswerte Erfahrungen zum Leben", spiegelt das gemeinnützige Erbe von Novant Health und die soziale Verantwortung gegenüber den Gemeinden wider, in denen wir ansässig sind.

II. RICHTLINIE

Novant Health, Inc. und seine verbundenen Unternehmen ("Novant Health") bieten finanzielle Unterstützung (kostenlose Versorgung) für qualifizierte Patienten mit niedrigem Einkommen. Dieser Dienst ist zusammen mit anderen gemeinnützigen Diensten für die Erfüllung der Mission von Novant Health von entscheidender Bedeutung.

Der Zweck dieser Richtlinie ist die Festlegung der Kriterien und Bedingungen für die Bereitstellung von finanzieller Unterstützung für Patienten, deren finanzieller Status es unpraktisch oder unmöglich macht, für Notfälle oder medizinisch notwendige Dienstleistungen zu zahlen. Diese Richtlinie deckt keine elektiven Dienstleistungen ab. Personen, die die in dieser Richtlinie festgelegten Eignungskriterien erfüllen, sind berechtigt, eine kostenlose Versorgung für Notfälle oder medizinisch notwendige Dienstleistungen zu erhalten.

Die Vertraulichkeit der Informationen und die individuelle Würde werden für alle gewahrt, die im Rahmen dieser Richtlinie Hilfe suchen.

A. Anspruch auf finanzielle Unterstützung.

1. Servicebereich –

- a. *Nicht-Anbieter-basierte ärztliche Klinikpatienten ("Arztklinik")*: Die Patienten müssen im traditionellen Einzugsbereich der Klinik wohnen, wie dieser in jeder Klinik definiert und dokumentiert ist und auf Anfrage des Patienten zur Verfügung steht.
- b. *Ambulante Radiologie in einer Nicht-Akutversorgungseinrichtung und anderen freistehenden Einrichtungen ("Ambulanzen") Patienten:*

Patienten, die in einem Umkreis von 25 Meilen um die Einrichtung wohnen, sind berechtigt, finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie zu beantragen.

Patienten außerhalb des entsprechenden Novant Health Service Area werden von den Marktleitern und/oder Beauftragten überprüft und genehmigt. Bei geplanten Registrierungen ohne vorherige Genehmigung wird von den Patienten erwartet, dass sie für die erbrachten Leistungen zahlen, wenn sie außerhalb des Versorgungsbereichs von Novant Health wohnen.

2. **Etablierter Patient.** Bei einer Arztklinik muss es sich um einen Patienten handeln, der innerhalb der letzten drei (3) Jahre von einem Arzt der Novant Health Medical Group in der Primärversorgung behandelt wurde.
 3. **Einkommen.** Der Patient darf nicht versichert sein, keinen Zugang zu Anspruchsprogrammen haben, sein jährliches Familieneinkommen darf höchstens 300 % der verfügbaren bundesstaatlichen Armutsgrenzen für das laufende Jahr betragen und er darf nicht über nennenswerte liquide Mittel (z. B. Bargeld) verfügen. Die Deckung der Versicherten erfolgt nur unter begrenzten Umständen nach Prüfung und Genehmigung aller Unterlagen zur finanziellen Unterstützung durch das Management.
 4. **Abgedeckte Dienstleistungen.** Für Patienten in ambulanten Einrichtungen umfassen die abgedeckten Dienste Notfall- und medizinisch notwendige Dienste, die in einer ambulanten Einrichtung erhalten werden. Für Patienten einer Arztklinik werden abgedeckte Dienstleistungen durch ärztliche Beurteilung bestimmt. Zu den abgedeckten Dienstleistungen gehören keine kosmetischen, elektiven, nicht dringenden Tests, Dienstleistungen oder Verfahren, Fruchtbarkeitsdienstleistungen oder experimentelle Behandlungen. Im Fall von Arztkliniken sind verschreibungspflichtige Medikamente nicht als abgedeckter Dienst enthalten.
 5. **Sonstige Krankenversicherung.** Patienten, von denen bekannt ist, dass sie sich entschieden haben, nicht an arbeitgeberfinanzierten Gesundheitsplänen teilzunehmen und/oder aufgrund der Nichteinhaltung der Programmanforderungen keinen Anspruch auf eine staatlich geförderte Krankenversicherung haben, haben im Rahmen dieser Richtlinie keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Dieser Ausschluss gilt nicht für Patienten, die sich nachweislich gegen eine Teilnahme an der durch den Affordable Care Act eingerichteten Gesundheitsbörse entschieden haben.
 6. **Besondere Umstände.** Verstorbene Patienten können für eine finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen werden. Patienten, die insolvent sind, haben möglicherweise auch Anspruch auf finanzielle Unterstützung.
- B. **Antrag** - Ein Antrag (siehe beigefügter Antrag) mit allen erforderlichen Daten zur Überprüfung der Berechtigung zur finanziellen Unterstützung wird vom Patienten ausgefüllt und an die Geschäftsstelle, den Revenue Cycle Advocate oder einen Finanzberater in der Einrichtung oder Klinik zurückgesandt. Zu den unterstützenden Daten gehören Belege für Einkommensbelege wie W2-Formulare, Zahlungsstumpfe oder die Steuererklärung des Vorjahres. Patienten ohne Einkommensquelle sollten ein Unterstützungsschreiben vorlegen, in dem sie ihren Bedarf an finanzieller Unterstützung aufgrund ihrer aktuellen finanziellen Situation darlegen. Die Briefe sollten mindestens angeben, dass der Patient keine unterstützende finanzielle Dokumentation zu liefern hat. Siehe Abschnitt G unten. Die Anträge werden in der Geschäftsstelle der Einrichtung oder der Klinik

aufbewahrt und Personen, die finanzielle Unterstützung anfordern oder als potenzielle Kandidaten für finanzielle Unterstützung identifiziert werden, zur Verfügung gestellt. Die Anwendungen sind in Englisch und Spanisch verfügbar. Unterstützung kann beim Ausfüllen des Antrags durch Kontaktaufnahme mit einem Finanzberater unter einer der in Abschnitt O dieser Richtlinie aufgeführten Telefonnummern bereitgestellt werden.

- C. Feststellung auf Grundlage des Antrags - Sobald die vollständigen Unterlagen vorliegen und eine Entscheidung über die Eignung getroffen wurde, wird jedem Antragsteller ein Benachrichtigungsschreiben zugesandt, das ihn über die Entscheidung der Einrichtung oder Klinik informiert. Wenn der Patient die Eignungsanforderungen erfüllt, wird er als geeignet eingestuft, finanzielle Unterstützung zu erhalten. Patienten, die unvollständige Bewerbungen einreichen und/oder keine unterstützenden Unterlagen bereitstellen, werden per Telefon, E-Mail oder Post kontaktiert, wenn eine bekannte Telefonnummer, E-Mail oder Adresse vorhanden ist.
- D. Anspruchsfrist - Der Antrag auf finanzielle Unterstützung und die Dokumentation müssen alle sechs Monate oder jederzeit während dieses sechsmonatigen Zeitraums aktualisiert werden, in dem sich das Familieneinkommen oder der Versicherungsstatus des Patienten so ändert, dass der Patient nicht mehr teilnahmeberechtigt ist. Jeder Besuch innerhalb des sechsmonatigen Zeitraums wird auf einen potenziellen Zugang zu anderen Anspruchsprogrammen überprüft.
- E. Keine unterstützende Finanzdokumentation – Patienten ohne Einkommensquelle können als wohltätig eingestuft werden, wenn sie keinen Arbeitsplatz, keine Postanschrift, keinen Wohnsitz oder keine Versicherung haben. Patienten, die keine ausreichenden Informationen über ihren finanziellen Status liefern, müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Patienten ohne Einkommensquelle sollten ein Unterstützungsschreiben vorlegen, in dem sie ihren Bedarf an finanzieller Unterstützung aufgrund ihrer aktuellen finanziellen Situation darlegen. Die Briefe sollten mindestens angeben, dass der Patient keine unterstützende finanzielle Dokumentation zu liefern hat. Finanzielle Unterstützung darf im Rahmen dieser Richtlinie nicht abgelehnt werden, wenn ein Bewerber keine Informationen oder Unterlagen zur Verfügung stellt, die von einer Person nicht eingereicht werden müssen.
- F. Fakturierungs- und Inkassoaktionen – Informationen zu den Fakturierungs- und Inkassoaktivitäten von Novant Health finden Sie in der Novant Health Fakturierungs- und Inkassorichtlinie. Eine Kopie der Richtlinie kann über die Website von Novant Health oder durch Kontaktaufnahme mit einem Finanzberater unter einer der in Abschnitt O dieser Richtlinie aufgeführten Telefonnummern bezogen werden.
- G. Datum des Inkrafttretens der finanziellen Unterstützung - Obwohl es wünschenswert ist, die Berechtigung eines Patienten zur finanziellen Unterstützung so zeitnah wie möglich zum Zeitpunkt der Leistungserbringung festzustellen, wird ihm finanzielle Unterstützung gewährt, sofern er als anspruchsberechtigt gilt und die erforderlichen Unterlagen innerhalb der Antragsfrist einreicht.
- H. Aufbewahrung von Unterlagen – Unterlagen im Zusammenhang mit potenzieller

finanzieller Unterstützung müssen für die Verwendung leicht eingeholt werden. Dokumentbilder im Zusammenhang mit finanzieller Unterstützung sind in den folgenden Bereichen auf der Konto- oder Krankenaktenebene des Patienten für den Abruf zugänglich:

- NHMG-Umsatzzyklus: Die Anwendungsdokumentation wird in verschlossenen Aktenschränken 30 Tage lang aufbewahrt und dann in Hyland OnBase und/oder Medienmanager in Dimensions zur Aufbewahrung eingescannt.
 - NH-Ambulanzen: Dokumente werden in den Medienmanager in Dimensions zur Ablage eingescannt.
 - NH-Dimension Akute Einrichtungen: Dokumente werden in den Medienmanager in Dimensions zur Ablage eingescannt.

- I. Finanzielles Unterstützungsbudget - Die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung kann auf Grundlage des Budgets von Novant Health oder anderer finanzieller Einschränkungen eingeschränkt sein, was die Fähigkeit von Novant Health, finanziell tragfähig zu bleiben, beeinträchtigen würde.
 - J. Zugang zu LEP-Personen – Novant Health stellt diese Richtlinie, das Antragsformular und die Zusammenfassung in einfacher Sprache allen bedeutenden Bevölkerungsgruppen zur Verfügung, die über eingeschränkte Englischkenntnisse („LEP“) verfügen. Um zu bestimmen, ob eine Population signifikant ist, verwendet Novant Health eine geeignete Methode zur Bestimmung von LEP-Sprachgruppen innerhalb eines Novant Health Service Area.
 - K. Verfügbarkeit von Richtlinien und zugehörigen Dokumenten
Für Arztpraxen und ambulante Einrichtungen können eine Kopie der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung, eine Zusammenfassung in einfacher Sprache, ein Antrag sowie die Abrechnungs- und Inkassorichtlinie durch Kontaktaufnahme mit der Klinik angefordert werden.

III. QUALIFIZIERTES PERSONAL

n.a.

IV. AUSRÜSTUNG

n.a.

V. VERFAHREN

Dieses Verfahren dient als Richtlinie, um das Personal bei der Erreichung der Richtlinienziele zu unterstützen. Während der Befolgung dieser Verfahrensrichtlinien wird von den Mitarbeitern erwartet, dass sie im Rahmen ihrer Praxis und/oder beruflichen Verantwortlichkeiten Urteile fällen.

n.a.

VI. DOKUMENTATION

n.a.

VII. DEFINITIONEN

Verbundenes Unternehmen – umfasst Novant Health, Inc. und jede hundertprozentige oder unter dem Namen Novant Health betriebene Einheit.

Antragszeitraum – der Zeitraum, der an dem Tag beginnt, an dem einer Person die Pflege erbracht wird, und am 240. Tag endet, nachdem der Person die erste Rechnung für die Pflege zugestellt wurde.

Finanzielle Unterstützung – Dienstleistungen, die zur Behandlung einer Krankheit, Verletzung, eines Leidens, einer Erkrankung oder ihrer Symptome erforderlich sind und den anerkannten medizinischen Standards entsprechen, die, wenn sie nicht umgehend behandelt werden, zu einer nachteiligen Veränderung des Gesundheitszustands führen würden.

Anspruchsprogramm – ein staatliches Programm, das einem Bevölkerungssegment bestimmte Leistungen im Gesundheitswesen garantiert. Dies gilt nicht für den durch den Affordable Care Act festgelegten Austausch im Gesundheitswesen.

Familie – Umfasst Ehemann, Ehefrau und alle Kinder (einschließlich Stiefkinder), die zu Hause leben und für Steuerzwecke Familienangehörige sind.

Einkommen – Jährliche Familieneinnahmen und Barzahlungen aus allen Quellen vor Steuern, abzüglich Zahlungen für die Unterstützung von Sensibilität und Kindern.

Medizinisch notwendige Dienstleistungen – Dienstleistungen für eine Erkrankung, die, wenn sie nicht sofort behandelt wird, zu einer nachteiligen Veränderung des Gesundheitszustands eines Patienten führen würde.

Traditioneller Servicebereich – Wird von der zuständigen Arztklinik definiert und konsequent angewendet und umfasst 80-90 % ihrer Patienten.

VIII. ZUGEHÖRIGE DOKUMENTE

Katastrophale Abwicklung, Rabatt für nicht versicherte Personen, Zahlungsplan, Zulassungen, Gebühren und Finanzberatung, Abrechnung und Inkasso, Finanzielle Unterstützung für Krankenhäuser in NC, Finanzielle Unterstützung für Krankenhäuser in SC

IX. REFERENZEN

n.a.

X. EINGEREICHT VON

Novant Health Financial Assistance/Unterausschuss für uneinbringliche Schulden

XI. WORTSCHLÜSSEL

Wohltätigkeitsorganisation, nicht versicherter Patient, Financial Assistance, finanzielle Unterstützung

XII. ERSTES INKRAFTTREten

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

**DATUM-REVISIONEN WIRKSAM
ÜBERPRÜFTE DATEN (Keine Änderungen)**

Fälligkeitsdatum für die nächste Überprüfung Januar 2028

UNTERSCHRIFTENBLATT

TITEL	Finanzielle Unterstützung – Kliniken ohne Leistungserbringer, ASCs, FS, Reha (außerhalb eines Krankenhauses)
NUMMER	NMG-LD-FM-100
KATEGORIE	LD-FM
GILT FÜR	Novant Health: NHMG, Freestanding Imaging Centers, Freestanding Surgery Centers, Rehabilitation Centers, Corporate Departments and Entities Novant Health: NHMG Coastal Region, LLC, häusliche Pflege – Coastal
HANDLUNG	Initialen

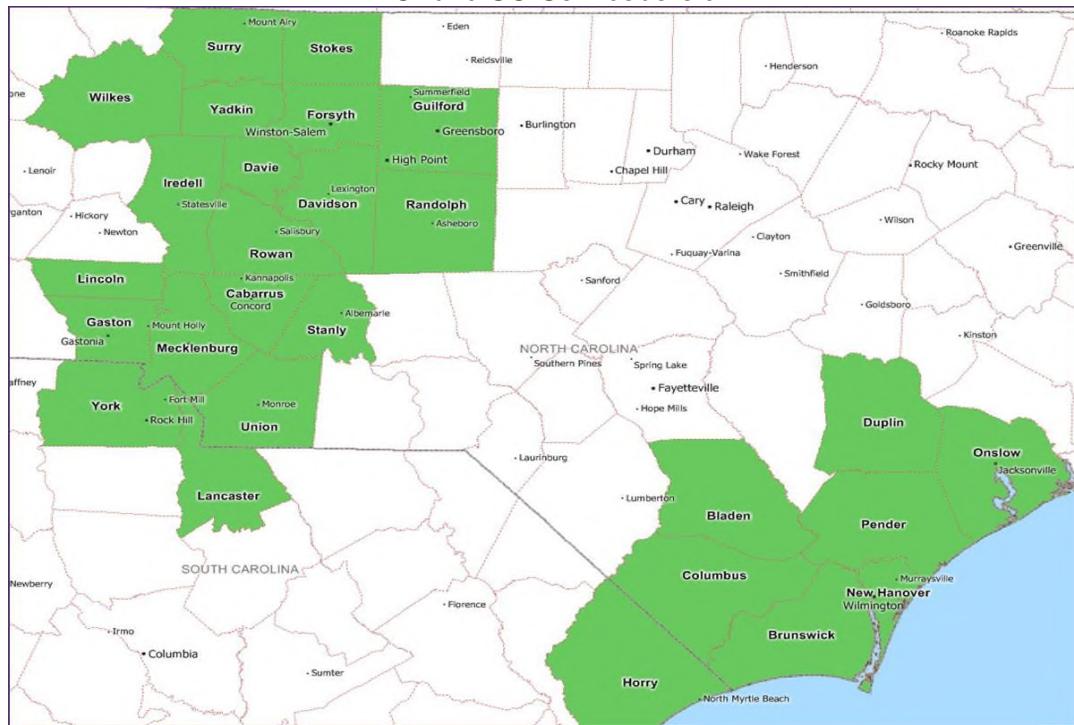
GENEHMIGT VON:

Titel	Genehmigt von	Unterschrift	Datum
EVP, CFO	Alice Pope		See electronic approval
Pres. / COO, NH NHRMC	Ruth Glaser		See electronic approval

AUSSCHUSSTEILUNGEN GENEHMIGT VON:

Ausschuss	Vorsitzender/Beauftragter	Datum
NHMG-Klinikstandards/Patientensicherheitsausschuss	John Card, MD, Vorsitzender	Ausstehend

NC- und SC-Servicebereich





Antrag auf finanzielle Unterstützung

I. Demografische Patientendaten

Name des Patienten: _____
(Letzte) (Erste) (Mitte) (SSN) (Geburtsdatum)

Name des Garanten: _____
(Letzte) (Erste) (Mitte) (SSN) (Geburtsdatum)

Adresse: _____
(Straße) (Stadt) (Bundesland) (PLZ)

Telefon: _____

Haben Sie in der Vergangenheit bei einer Einrichtung von Novant Health, Inc. (z. B. Novant Health Medical Group, Novant Health Hospital, Novant Health Imaging Center) um finanzielle Unterstützung gebeten? Ja _____ Nein _____

Falls ja, Datum der Antragstellung oder Genehmigung? _____

II. Haushaltinformationen

Familienstand (eine einkreisen)	Verheiratet	Alleinstehend	Getrennt	Summe im Haushalt:
Name(n) der Familienangehörigen (ein separates Blatt für Zusatz Angehörige)			Geburtsdatum des Familienangehörigen	

III. Beschäftigung/Einkommen

Arbeitgeber des Patienten/Garantiegebers:	
Bruttonomateinkommensbetrag: \$	
Einkommensquelle – Bitte fügen Sie eine Verifizierung oder Erklärung der aktuellen Situation bei Ehepartner oder sonstige Einkommensquelle und monatlicher Bruttopreis: \$	
Jährliches Bruttohaushaltseinkommen insgesamt: USD	
Haben Sie ein aktives Bankkonto?	Haben Sie Steuern für das Vorjahr erhoben?

IV. Versicherungsbestätigung

Haben Sie eine Krankenversicherung?	JA	NEIN
Name der Versicherungsgesellschaft:		
Sind Sie berufstätig?	JA	NEIN
Bitte geben Sie für den derzeitigen Arbeitgeber oder den Fall, dass Sie innerhalb der letzten 90 Tage arbeitslos geworden sind, den ehemaligen Arbeitgeber an: Name des Arbeitgebers (und Beschäftigungsdaten, falls nicht mehr beschäftigt):		
Geben Sie den Namen Ihres vom Arbeitgeber gesponserten Versicherungsträgers an (falls zutreffend): Falls kürzlich arbeitslos;		
Haben Sie Anspruch auf COBRA-Leistungen?		

Ich bestätige, dass die bereitgestellten Informationen wahr und nach meinem besten Wissen sind. Ich verstehe, dass betrügerische oder irreführende Informationen mich für keine finanzielle Unterstützung in Frage kommen lassen. Ich genehmige die Freigabe aller Informationen, die zur Überprüfung der bereitgestellten Informationen und zur Abrechnung und Erfassung in Übereinstimmung mit den geltenden Bundes- und Landesgesetzen erforderlich sind. Ein Einkommensnachweis kann erforderlich sein, bevor eine Gegenleistung erfolgt. Als Einkommensnachweis gelten unter anderem Kopien von Gehaltsabrechnungen, Kopien der letzfährigen Steuererklärung oder ein Schreiben des Arbeitgebers mit Angabe des aktuellen Gehalts und der geleisteten Arbeitsstunden.

Unterschrift des Patienten/Gewährleisters	Datum:
Signature of Interviewer	Date:
Signature of Manager	Date:
Signature of Director	Date:
Signature of VP	Date:

Bemerkungen	
-------------	--