

タイトル	経済的援助 – 医療提供者以外を基本とするクリニック、ASC、FS、リハビリ(病院以外)		
番号	NMG-LD-FM-100	最終改訂/レビュー有効日:	2025年1月
カテゴリー	LD-FM		
適用先	Novant Health: NHMG、独立画像センター、独立手術センター、リハビリテーションセンター、企業部門および事業体 Novant Health: NHMG Coastal Region, LLC、在宅ケア – Coastal		

I. 適用範囲/目的

Novant Healthの理念、「私たちは、より健康な未来を作り、人生に素晴らしい経験をもたらします」は、Novant Healthの非営利的な伝統と私たちが拠点を置くコミュニティに対する社会的説明責任を反映しています。

II. 方針

Novant Health, Inc.およびその関連施設("Novant Health")は、受給資格のあるな低所得患者に対し、経済的援助(無料ケア)を提供しています。このサービスは、他のコミュニティ慈善サービスとともに、Novant Healthのミッション達成に不可欠です。

本方針の目的は、経済状況により、緊急または医学的に必要なサービスに対する支払いが実際的でないまたは不可能である患者様に経済的援助を提供するための基準および条件を確立することです。本方針は、選択的サービスには適用されません。本方針で規定された適格性基準を満たす個人は、緊急または医学的に必要なサービスを無料で受ける資格があります。

本方針に基づき支援を求めるすべての人について、情報の機密性と個人の尊厳が保持されます。

A. 経済的援助を受ける資格。

1. サービスエリア –

- a. プロバイダー以外をベースとする医師クリニック(医師クリニック)の患者:患者は、各クリニックにおいて定義され、記録され、患者の要請に応じて開示可能な当該クリニックの従来のサービスエリアに住んでいなければなりません。
- b. 非急性期治療施設及びその他の独立施設(外来施設)の外来放射線施設の患者:当該施設の半径25マイル以内の地域に居住する患者は、本方針に定義されるとおり、経済的支援を申請する資格があります。

該当するNovant Health Service Area外の患者は、マーケットプレジデントおよび/または被指名者によって審査および承認されます。事前承認なしで、予定されている登録については、患者がNovant Healthのサービスエリア外に居住している場合には、患者様は提供されるサービスに対する支払いを求められます。

2. 既存の患者。医師クリニックの場合、患者は、過去3(三)年以内にNovant Health Medical Groupのプライマリケア医師によって治療された患者でなければなりません。
 3. 所得。患者は保険に加入しておらず、給付金制度にアクセスできず、世帯年収が現行の連邦貧困ガイドラインの300%以下であり、かつ実質的な流動資産(すなわち、手持ち現金など)を有していないことが条件となります。保険加入者への補償は、経営陣がすべての経済的援助書類を審査し、承認した場合に限り、限定された状況において認められるものとします。
 4. 対象サービス。外来施設患者様の場合、対象サービスには、外来施設において受けた緊急および医学的に必要なサービスが含まれます。医師クリニックの患者様の場合、対象サービスは医師の評価によって決定されます。対象サービスには、美容、待機的、非緊急の検査、サービスまたは処置、不妊治療サービスまたは実験的治療は含まれません。医師クリニックの場合、処方薬は対象サービスには含まれません。
 5. その他の健康保険。雇用主主導の健康保険制度に参加しないを選択したことが判明している患者様、および／またはプログラム要件の準拠していないために政府主導の健康保険の資格がない患者様は、本方針に基づく経済的援助を受ける資格がありません。この除外は、Affordable Care Actによって設立された医療保険制度に参加しないを選択されたことが知られている患者様には適用されません。
 6. 特別な事情。死亡した患者様は、経済的援助の適格性を検討することができます 倒産した患者様も、経済的援助を受ける資格があります。
- B. 申請書 - 患者様は経済的援助の適格性を検証するために必要なすべての裏付けデータを提供する申請書(添付の申請書を参照)に必要事項を記入し、施設またはクリニックの事務室、収益循環アドボケート、または財務カウンセラーに返送します。裏付けデータには、W2フォーム、給与明細書、前年度の納税申告書などの所得を証明する書類が含まれます。収入源のない患者は、現在の経済状況に基づいて経済的援助の検討が必要であることを示す支援書を提出する必要があります。支援書には、少なくとも、患者には提出できる裏付けとなる財務書類がないこと記載する必要があります。下のセクションGを参照。申請書は、施設またはクリニックの事務室に保管され、経済的援助を要請する個人、または経済援助の潜在的候補者として特定された個人に提供されます。申請書は英語とスペイン語が用意されています。本方針のセクションOに記載されているいずれかの電話番号からファイナンシャルカウンセラーに連絡することにより、申請書の記入に関する支援を受けることができます。
- C. 申請に基づく判定 - 記入が完了した書類が受領され、適格性判定が決定されると、施設またはクリニックの決定について通知する通知書が患者様に送付されます。患者が適格性要件を満たしている場合、経済的援助を受ける資格があるものとして指名されます。不完全な申請書を提出した患者、および／又は、裏付けとなる文書を提出していない患者には、電話番号、電子メール又は住所がわかっている場合は、電話、電子メール又は郵便で連絡をします。
- D. 適格期間 - 経済的援助申請書および書類は、6ヶ月ごと、あるいは、6ヶ月の期間中に患者様の世帯所得または保険状況の変化して資格を失う場合はいつでも更新する必要があります。6ヶ月の期間内の各来院は、他の給付金制度へのアクセスの可能性について審査されます。
- E. 裏付けとなる財務文書がない場合 - 収入源のない患者様は、仕事、郵送先住所、住居または保険を持たない場合、慈善事業として分類することができます。また、財務状況に関して十分な情報を提供していない患者様についても検討しなければならない。収入源のない患者は、現在の経済状況に基づいて経済的援助の検討が必要であることを示す支援書を提出す

る必要があります。支援書には、少なくとも、患者には提出できる裏付けとなる財務書類がないこと記載する必要があります。本方針に基づく経済的援助は、本方針書や申請書が提出を義務付けていない情報や書類を申請者が提出しなかったことを理由に拒否されることはありません。

- F. 請求および徴収業務 – Novant Healthの請求および徴収業務に関する情報については、Novant Healthの請求および徴収に関する方針を参照してください。本方針のコピーは、Novant Healthのウェブサイトを通じて、または本方針書のセクション〇に記載されているいずれかの電話番号でファイナンシャルカウンセラーに連絡することで入手できます。
- G. 経済的援助の発効日 – 患者様の経済的援助の適格性は可能な限りサービス実施時間に近い時期に判断されることが望ましいですが、申請期間内に必要な文書が提出される限り、適格であるとみなされると判断された場合は経済的援助が提供されます。
- H. 記録の保持 – 経済的援助を受ける可能性のある患者様に関する記録は、使用するために容易に入手できなければなりません。経済的援助に関連する文書画像は、患者のアカウントまたは医療記録レベルで以下のエリアから取得できます。
- NHMG収益循環: 申請書類は、施錠されたファイルキャビネットに30日間保管され、その後、DimensionsのHyland OnBaseおよび／またはメディアマネージャーにスキャンされ保管されます。
 - NH外来施設: 文書は、Dimensionのメディアマネージャーにスキャンされ保管されます。
 - NH Dimension Acute Facilities: 文書は、Dimensionのメディアマネージャーにスキャンされ保管されます。
- I. 経済的援助予算 – Novant Healthの予算またはその他の財政的制約に基づき、経済的援助の利用が制限される場合があります。これは、Novant Healthの財政的存続性に影響を及ぼす可能性があります。
- J. LEP個人へのアクセス – Novant Healthは、本方針書、申請書、および平易な言語による要約を、英語能力に制限を持つ(LEP)すべての重要な人々が利用できるようにするものとします。対象集団が重要であるかどうかを判断するために、Novant Healthは、Novant Healthサービスエリア内のLEP言語グループを合理的な方法を用いて決定します
- K. 方針書および関連文書の入手
医師クリニックおよび外来患者施設において、経済的援助方針書、平易な言葉による要約、申請書、および請求・徴収方針書のコピーは、当該のクリニックに連絡することで入手できます。

III. 有資格職員

該当なし

IV. 設備

該当なし

V. 手順

この手順は、担当職員が方針の目標を達成することを援助するガイドラインとしての役割を果たします。これらの手順がガイドラインに従いながら、担当職員は各自の業務範囲および/または職責の範囲内で判断を下すことが求められます。

該当なし

VI. 文書

該当なし

VII. 定義

関連施設 – Novant Health, Inc.およびNovant Healthの完全所有の事業体または、Novant Healthの名で運営されている事業体を含みます。

申請期間 – 医療ケアが個人に提供される日に始まり、当該個人に最初の請求明細書が提供された日から240日後に終了する期間。

経済的援助 – 迅速に治療しなければ健康状態に有害な変化をもたらすことにつながる病気、傷害、状態、疾患、またはその症状を治療するために必要なサービスで、医学の承認基準を見たサービス。

給付金制度 – 一部の人々に対して特定の医療給付を保証する政府プログラム。これには、Affordable Care Act によって設立された医療保険制度は含まれません。

家族 – 夫、妻、およびその家に住み、税務上の扶養家族として的確である子ども（継子を含む）を含みます。

所得 – 税引き前のあらゆる収入源からの世帯の年収と現金給付から、扶養手当および養育費を差し引いたもの。

医学的に必要なサービス – 迅速に治療しなければ、患者の健康状態に有害な変化をもたらす可能性のある状態に対するサービス。

従来のサービスエリア – 該当する医師クリニックによって定義され、一貫して適用され、患者の80～90%を含まれます。

VIII. 関連文書

高額医療費合意書、無保険割引、支払計画、入院、料金およびファイナンシャルカウンセリング、請求および徴収、経済的援助（NC病院）、経済的援助（SC病院）

IX. 参考文献

該当なし

X. 提出者

Novant Health Financial Assistance/Bad Debt Sub-Commission

XI. キーワード

慈善事業、保険未加入患者、経済的援助、経済的援助

XII. 初回有効日	2025年1月+NHMG-Colastal Region, LLC., Home Care Coastal を追加
改訂発効日	
再検討日(変更なし)	
次回再検討期限	2028年1月

署名シート

タイトル	経済的援助 – 医療提供者以外を基本とするクリニック、ASC、FS、リハビリ(病院以外)
番号	NMG-LD-FM-100
カテゴリー	LD-FM
適用先	Novant Health: NHMG、独立画像センター、独立手術センター、リハビリテーションセンター、企業部門および事業体 Novant Health: NHMG Coastal Region, LLC、在宅ケア – Coastal
アクション	イニシャル

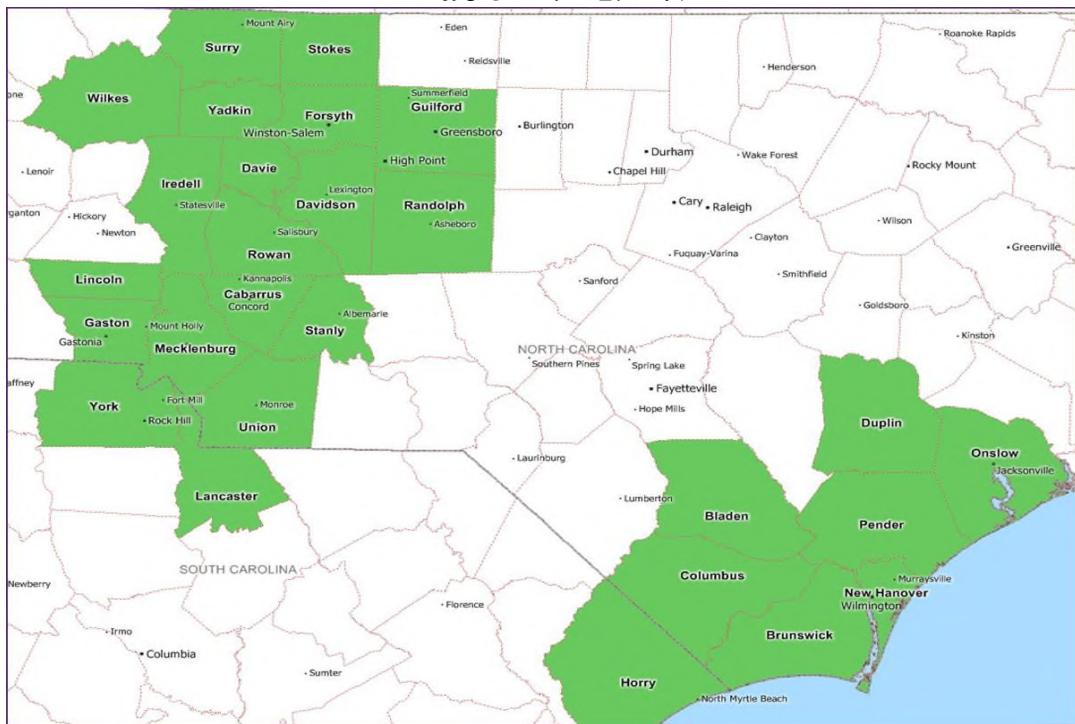
承認者:

タイトル	承認者	署名	日付
EVP, CFO	Alice Pope		See electronic approval
Pres. / COO, NH NHRMC	Ruth Glaser		See electronic approval

委員会承認:

委員会	委員長/被指名者	日付
NHMGクリニック基準/患者安全性委員会	John Card, MD、会長	保留中

NCおよびSCサービスエリア





経済的援助申請書

I. 患者背景

患者名: _____
(姓) _____ (名) _____ (ミドル) _____ (SSN) _____ (生年月日) _____

保証人名: _____
(姓) _____ (名) _____ (ミドル) _____ (SSN) _____ (生年月日) _____

住所: _____
(番地) _____ (市) _____ (州) _____ (郵便番号) _____

電話: _____
過去にNovant Health, Inc.の施設(Novant Health Medicalグループ、Novant Health病院、Novant Health Imaging Centerなど)に経済的援助の申請をしたことありますか? _____ はい _____ いいえ
はいの場合、申請日又は承認日は? _____

II. 世帯情報

結婚歴 (どちらかに○)	既婚	独身	離別	世帯合計人数:
--------------	----	----	----	---------

扶養家族名(複数可)(扶養家族を追加する場合は別紙を添付してください。)	扶養家族の生年月日

III. 雇用/所得

患者/保証人の雇用主:	
月収入総額:\$	
収入源 - 現状の状況を証明する書類または説明を添付してください	
配偶者またはその他の収入源および総月額:\$	
世帯総年収合計:\$	
有効な銀行口座がありますか?	前年度の税金を申告しましたか?

IV. 保険の確認

健康保険に加入していますか?	はい	いいえ
保険会社の名称:		
あなたは雇用されていますか?	はい	いいえ
現在の雇用主、または過去90日以内に失業している場合には以前の雇用主について、以下を記入してください。雇用主名(および雇用が終了した場合は雇用期間):		
雇用主がスポンサーとなっている保険会社の名称を記入してください(該当する場合): 最近失業した場合、COBRA給付を受ける資格がありますか?		

私は、提供された情報が真実であり、私の知る限りであることを証明します。私は、虚偽的または誤解を招くような情報がある場合、いかなる経済的援助も受ける資格を失うことを理解しています。私は、提供された情報の検証、ならびに適用される連邦法および州法に準拠した請求および回収に必要な情報の公開を承認します。何らかの検討をおこなう前に、所得証明が必要となる場合があります。所得証明として認められる書類には、給与小切手明細のコピー、前年の納税申告書のコピー、または現在の給与と就業時間を記載した雇用主からの手紙が含まれますが、これらに限定されません。

患者/保証人の署名		日付:
Signature of Interviewer		Date:
Signature of Manager		Date:
Signature of Director		Date:
Signature of VP		Date:

コメント
