

НАЗВАНИЕ	Финансовая помощь: клиники, находящиеся не на территории поставщика, ASC, FS, реабилитация (нестационарная)		
НОМЕР	NMG-LD-FM-100	Дата вступления в силу новой/пересмотренной редакции:	Январь 2025 г.
КАТЕГОРИЯ	LD-FM		
ПРИМЕНИМО К	<p>Novant Health:NHMG, автономные центры визуализации, автономные хирургические центры, реабилитационные центры, корпоративные отделения и организации</p> <p>Novant Health:NHMG Coastal Region, LLC, Home Care - Coastal</p>		

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ / ЦЕЛЬ

Цель компании Novant Health — создание более здорового будущего и повышение качества жизни — отражает некоммерческие принципы работы и нацеленность на ответственность компании Novant Health перед сообществом, в котором мы живем.

II. ПОЛИТИКА

Компания Novant Health, Inc. и ее аффилированные лица («Novant Health») предоставляют финансовую помощь (бесплатное медицинское обслуживание) пациентам с низким уровнем дохода. Эта услуга наряду с другими общественными пособиями является важной частью миссии Novant Health.

Целью этой политики является описание критериев и условий для оказания финансовой помощи пациентам, чье финансовое положение затрудняет или не позволяет оплачивать неотложную помощь или необходимые с медицинской точки зрения услуги. Эта политика не применяется к плановым услугам. Лица, которые соответствуют критериям, определенным в этой политике, получают право на бесплатное обслуживание в рамках неотложной медицинской помощи или оказания необходимых с медицинской точки зрения услуг. Всем лицам, обращающимся за помощью на основании этой политики, гарантировано соблюдение конфиденциальности информации и уважение достоинства личности.

A. Право на получение финансовой помощи.

1. Территория обслуживания

- Пациенты врачебной клиники, находящейся не на территории поставщика («врачебная клиника»):* пациенты должны проживать на традиционной территории обслуживания клиники, что определено и отражено в документах в каждой клинике и предоставляется по запросу пациента.
- Пациенты амбулаторного радиологического отделения в*

учреждении неэкстренной медицинской помощи и других автономных учреждениях («амбулаторные учреждения»): пациенты, проживающие в радиусе 25 миль от медицинского учреждения, могут подавать заявку на получение финансовой помощи, как определено настоящей Политике.

Заявки, полученные от пациентов, не относящихся к территории обслуживания Novant Health, будут рассматриваться и утверждаться директорами по рынку и/или уполномоченными лицами. В случае плановых регистраций без предшествующего утверждения пациентам необходимо будет оплатить предоставляемые услуги, если пациент проживает за пределами территории обслуживания Novant Health.

2. Закрепленные пациенты. В случае врачебной клиники пациент должен получать медицинское обслуживание у основного лечащего врача медицинской группы Novant Health в течение предыдущих 3 (трех) лет.
3. Доход. Пациент должен быть не застрахован, не иметь доступа к программам социальной защиты, его семейный доход должен составлять не более 300 % доступного федерального прожиточного минимума в текущем году, а также пациент не должен иметь существенных ликвидных активов (например, наличных денежных средств). Покрытие застрахованных сторон будет предоставляться в ограниченных условиях после рассмотрения руководством и утверждения всех документов о финансовой помощи.
4. Покрываемые услуги. Для пациентов амбулаторного учреждения покрываемые услуги включают неотложную помощь и необходимые с медицинской точки зрения услуги, получаемые в амбулаторном учреждении. Что касается пациентов врачебной клиники, покрываемые услуги определяются на основании оценки врача. Покрываемые услуги не включают косметические, плановые, неэкстренные анализы, услуги или процедуры, услуги в области репродуктивного здоровья или экспериментальное лечение. В случае врачебных клиник рецептурные лекарственные препараты не включаются в покрываемые услуги.
5. Другие виды покрываемых медицинских услуг. Пациенты, принявшие решение не участвовать в планах медицинского страхования, финансируемых работодателем, и/или не соответствующие критериям медицинского страхования, финансируемого правительством, по причине несоблюдения требований программы, не могут получить финансовую помощь в рамках настоящей Политики. Это исключение не применимо к пациентам, принявшим решение не участвовать в государственной программе медицинского страхования, установленной Законом о доступном медицинском обслуживании.
6. Особые обстоятельства. На соответствие критериям оказания финансовой помощи могут рассматриваться умершие пациенты. Неплатежеспособные пациенты также могут соответствовать критериям получения финансовой помощи.

- В. Заявка. Заявка (см. прилагаемую заявку), в которой представлены все вспомогательные данные, необходимые для проверки права на получение финансовой помощи, заполняется пациентом и возвращается в офис, адвокату, работающему с финансовой информацией пациента, или консультанту по финансовым вопросам в учреждении или клинике. Вспомогательные данные включают документы, подтверждающие доходы,

например, формы W2, платежные ведомости или налоговые декларации за предшествующий год. Пациенты, не имеющие источника дохода, должны предоставить письмо, разъясняющее необходимость предоставления им финансовой помощи на основании их текущей финансовой ситуации. В письме, как минимум, должно быть указано, что пациент не может представить вспомогательную финансовую документацию. См. раздел G ниже. Заявки будут храниться в административном офисе клиники или учреждения и будут предоставляться лицам, запрашивающим финансовую помощь или идентифицированным как потенциальные кандидаты на получение финансовой помощи. Заявки доступны на английском и испанском языках. Помощь по заполнению заявки предоставляется консультантом по финансовым вопросам по номерам телефона, указанным в разделе O настоящей Политики.

- C. Определение соответствия критериям на основании заявки. После получения заполненных документов и определения соответствия критериям каждому заявителю с известным адресом будет выслано уведомительное письмо с сообщением о решении учреждения или клиники. Если пациент соответствует установленным требованиям, он будет считаться имеющим право на получение финансовой помощи. С пациентами, указавшими в заявке неполные сведения и/или не предоставившими вспомогательную документацию, свяжутся по телефону, электронной или обычной почте, если будет известен номер их телефона, адрес электронной или обычной почты..
- D. Период соответствия критериям. Заявка на финансовую помощь и вспомогательная документация должны обновляться каждые шесть месяцев или в любой момент в течение шестимесячного периода, если доход семьи или страховой статус пациента изменяются в такой степени, что пациент перестает соответствовать установленным критериям. Во время каждого визита пациента в течение этого шестимесячного периода будет изучаться возможность получения доступа к другим программам социальной защиты.
- E. Отсутствие вспомогательной финансовой документации. Пациенты, не имеющие источника дохода, могут быть классифицированы как соответствующие критериям получения благотворительной помощи, если у них нет работы, почтового адреса, места проживания либо страховки. Также могут быть рассмотрены пациенты, которые предоставили недостаточную информацию о своем финансовом статусе. Пациенты, не имеющие источника дохода, должны предоставить письмо, разъясняющее необходимость предоставления им финансовой помощи на основании их текущей финансовой ситуации. В письме, как минимум, должно быть указано, что пациент не может представить вспомогательную финансовую документацию. В соответствии с настоящей Политикой, в финансовой помощи не может быть отказано, если заявитель не предоставил информацию или документацию, которая не указана как необходимая в настоящей Политике или форме заявки.
- F. Действия по выставлению счетов и получению оплаты. Информация относительно действий Novant Health по выставлению счетов и получению оплаты представлена в политике Novant Health по выставлению счетов и получению оплаты. Копию Политики можно получить на сайте Novant Health

или связавшись с консультантом по финансовым вопросам по номерам телефонов, указанным в разделе О настоящей Политики.

- G. Дата начала оказания финансовой помощи. Несмотря на то, что определять право пациента на финансовую помощь желательно как можно ближе к моменту оказания услуги, если пациент представит необходимые документы в течение периода подачи заявки, он получит финансовую помощь, если имеет на это право.
- H. Делопроизводство. Документация, связанная с пациентами, которым может быть предоставлена финансовая помощь, должна быть получена в готовом для использования виде. Изображения документов, связанных с получением финансовой помощи, можно найти в следующих разделах учетной записи или медицинской карты пациента:
- Система управления финансовой информацией пациента NHMG: Документация, касающаяся заявки, хранится в запертом архивном шкафу в течение 30 дней, а затем сканируется в Hyland OnBase и/или менеджер носителей в Dimensions для хранения.
 - Амбулаторные учреждения NH: Документы сканируются в менеджер носителей в Dimensions для хранения.
 - Учреждения помощи при острых состояниях Dimension NH: Документы сканируются в менеджер носителей в Dimensions для хранения.
- I. Бюджет программы финансовой помощи. Доступность финансовой помощи может быть ограничена размером бюджета Novant Health или другими финансовыми ограничениями, которые могут повлиять на финансовую состоятельность Novant Health.
- J. Доступность для лиц с недостаточным уровнем владения английским языком. Novant Health сделает настоящую Политику, заявку и краткий обзор, изложенный доступным языком, доступными для всех значимых сообществ людей с недостаточным уровнем владения английским языком (limited English proficiency, LEP). Чтобы определить, является ли сообщество значимым, Novant Health будет использовать приемлемый метод определения языковых групп LEP на территории обслуживания Novant Health.
- K. Доступность Политики и сопутствующие документы. Что касается врачебных клиник и амбулаторных учреждений, копии Политики в сфере оказания финансовой помощи, краткого обзора, изложенного доступным языком, заявки и Политики о выставлении счетов и получении оплаты можно получить, обратившись в клинику.

III. УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПЕРСОНАЛ

Н/П

IV. ОБОРУДОВАНИЕ

Н/П

V. ПРОЦЕДУРА

Эта процедура служит руководством, помогающим персоналу в достижении целей Политики. Ожидается, что при выполнении процедур в соответствии с этим руководством персонал будет принимать решения в рамках своей практической компетенции и/или должностных обязанностей.

Н/П

VI. ДОКУМЕНТАЦИЯ

Н/П

VII. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Филиал — включает компанию Novant Health, Inc. и любое полностью подконтрольное дочернее предприятие либо предприятие, действующее под названием Novant Health.

Период подачи заявок — период, который начинается с даты оказания помощи и заканчивается через 240 дней после выставления лицу первого счета за оказанную помощь.

Финансовая помощь — стандартные медицинские услуги, необходимые для лечения болезни, травмы, состояния, заболевания или симптомов, которые, при отсутствии неотложного лечения, могут привести к неблагоприятному изменению состояния здоровья.

Программа социальной защиты — государственная программа, гарантирующая определенные пособия на медицинское обслуживание отдельным слоям населения. Она не включает программу государственного медицинского страхования, установленную Законом о доступном медицинском обслуживании.

Семья — включает мужа, жену и детей (включая приемных детей), которые проживают в доме и считаются иждивенцами для целей налогообложения.

Доход — годовой заработок семьи и денежные выплаты из всех источников до вычета налогов, алиментов и средств на содержание детей.

Услуги, необходимые с медицинской точки зрения — услуги в связи с состояниями, которые, при отсутствии неотложного лечения, могут привести к неблагоприятному изменению состояния здоровья пациента.

Традиционная территория обслуживания — устанавливается и последовательно применяется соответствующей врачебной клиникой и включает 80–90 % их пациентов.

VIII. СОПУТСТВУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

Урегулирование чрезвычайной ситуации; Скидка для незастрахованных пациентов; План оплаты; Госпитализации; Выставление счетов и получение оплаты; Финансовая помощь (больницы Северной Каролины); Финансовая помощь (больницы Южной Каролины)

IX. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Н/П

X. ПРЕДСТАВЛЕНО

Финансовая помощь Novant Health / Подкомитет по вопросам безнадежных долгов

XI. КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Благотворительность, незастрахованный пациент, финансовая помощь

XII. ПЕРВАЯ ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ

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

**ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ НОВЫХ РЕДАКЦИЙ
ДАТЫ ПЕРЕСМОТРОВ (изменения отсутствуют)
Дата следующего пересмотра**

январь 2028 г.

СТРАНИЦА ПОДПИСЕЙ

НАЗВАНИЕ	Финансовая помощь: клиники, находящиеся не на территории поставщика, ASC, FS, реабилитация (нестационарная)
НОМЕР	NMG-LD-FM-100
КАТЕГОРИЯ	LD-FM
ПРИМЕНИМО К	Novant Health:NHMG, автономные центры визуализации, автономные хирургические центры, реабилитационные центры, корпоративные отделения и организации Novant Health:NHMG Coastal Region, LLC, Home Care - Coastal
ДЕЙСТВИЕ	Инициалы

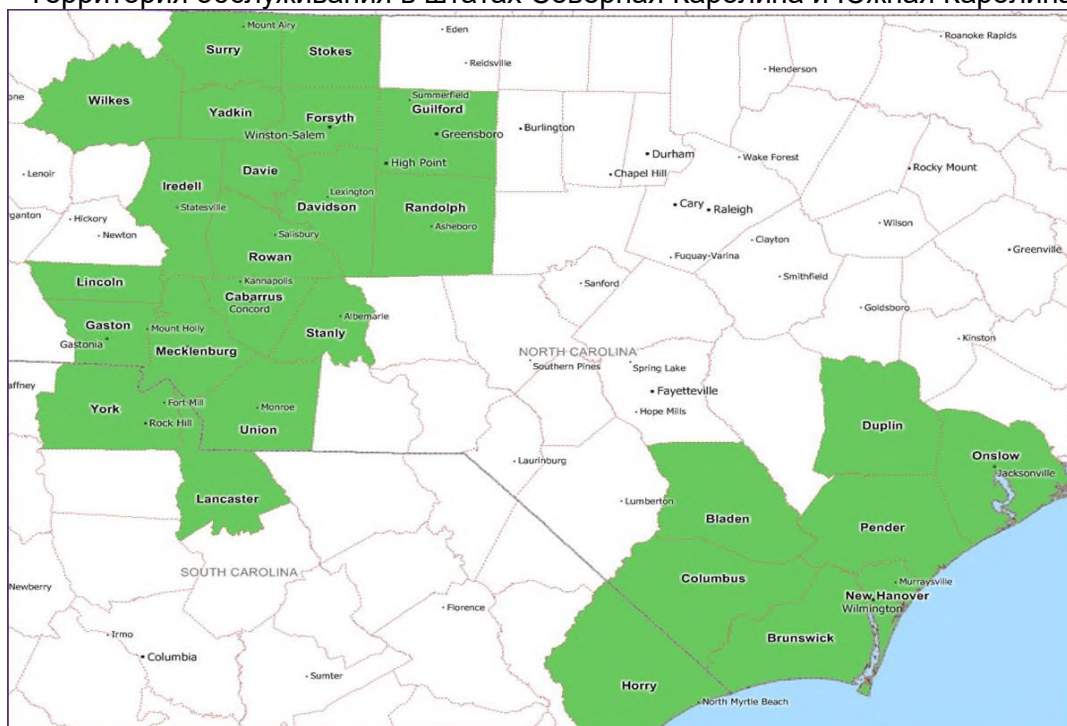
УТВЕРЖДЕНО:

Должность	Утверждено	Подпись	Дата
EVP, CFO	Alice Pope		See electronic approval
Pres. / COO, NH NHRMC	Ruth Glaser		See electronic approval

КОМИТЕТЫ УТВЕРЖДЕНЫ:

Комитет	Председатель / уполномоченное лицо	Дата
Стандарты клиники NHMG / Комитет по безопасности пациентов	Джон Кард (John Card), врач, председатель	Ожидаются

Территория обслуживания в штатах Северная Каролина и Южная Каролина





Заявка на получение финансовой помощи

I. Демографические данные пациента

Ф. И. О. пациента: _____
(Фамилия) (Имя) (Отчество) (Номер социального страхования) (Дата рождения)

Ф. И. О. поручителя: _____
(Фамилия) (Имя) (Отчество) (Номер социального страхования) (Дата рождения)

Адрес: _____
(Улица, дом, квартира) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

Номер телефона: _____

Подавали ли Вы в прошлом заявку на получение финансовой помощи в любом учреждении компании Novant Health, Inc.

(например, в Novant Health Medical Group, больнице Novant Health, центре визуализации Novant Health Imaging)? Да Нет

Если да, укажите дату подачи заявки или дату утверждения _____

II. Информация о семье

Семейное положение (нужное обвести)	Женат/замужем	Не женат / не замужем	Разведен(-а)	Количество членов семьи:
--	---------------	-----------------------	--------------	--------------------------

Имена лиц, находящихся на иждивении (добавить отдельный бланк для дополнительных иждивенцев)	Дата рождения лица, находящегося на иждивении

III. Трудоустройство/доход

Работодатель пациента/поручителя:
Совокупный месячный доход до выплаты налогов: \$
Источник дохода – Пожалуйста, приложите подтверждение или объяснение текущей ситуации
Супруг(-а) или другой источник дохода и совокупный месячный доход до выплаты налогов: \$
Общий годовой доход семьи до выплаты налогов: \$
Если у вас активный банковский счет? Подавали ли вы налоговую декларацию за предыдущий год?

IV. Проверка страховки

Есть ли у вас медицинская страховка?	ДА	НЕТ
Название страховой компании:		
Трудоустроены ли вы?	ДА	НЕТ
Пожалуйста, укажите текущего работодателя или, если вы не работали в течение последних 90 дней, бывшего работодателя: Фамилия и имя работодателя (и даты начала и окончания трудоустройства, если больше у него не работаете):		
Укажите название страховой компании, в которую платит взносы ваш работодатель (при наличии): Если вы лишились работы недавно, есть ли у вас право на льготы COBRA?		

Я подтверждаю, что представленная выше информация является, насколько мне известно, достоверной и точной. Я понимаю, что потеряю право на получение финансовой помощи, если предоставленная мной информация является ложной или недостоверной. Я разрешаю передавать и использовать любые сведения, требуемые для проверки предоставленной информации, выставления счетов и получения оплаты, в соответствии с применимыми федеральными законами и законами штата. Прежде чем будет принято решение, может потребоваться подтверждение доходов. Приемлемым подтверждением доходов могут служить, в том числе: копия платежной ведомости, копия налоговой декларации за предыдущий год или письмо от работодателя, в котором указана текущая заработная плата и отработанное время.

Подпись пациента/поручителя	Дата:
Signature of Interviewer	Date:
Signature of Manager	Date:
Signature of Director	Date:

Signature of VP		Date:
Примечания		