

標題	經濟援助 - 北卡羅來納州醫院（提供者基礎診所）		
人數	新罕布夏-路德-FM-111.1	最後修訂/審查生效日期：	1月26日+
分類	LD-FM		
適用於	Novant Health : BalMC、BMC、FMC（FMC 主線、CMC、KMC 及其他地點）、HMC、MMC、MPH、MHMC、PMC（PMC 主線、COH 及其他地點）、RMC、SMC+、TMC Novant Health : 新漢諾威區域醫療中心、彭德醫療中心+		

I.

範圍 / 目的

Novant Health 的理念「我們創造更健康的未來，帶來非凡體驗」，反映了 Novant Health 非營利的傳承與對我們所在社區的社會責任。

二

政策

北卡羅來納州所有 Novant Health 醫院及醫療提供者基礎診所（「Novant Health」）將為符合資格的低收入患者提供經濟援助（免費醫療）。此服務與其他社區福利服務一同對 Novant Health 使命的實現至關重要。

本政策旨在訂定為經濟狀況不佳、無法支付緊急或醫療必要服務費用的患者提供經濟援助的標準與條件。本政策不涵蓋選擇性服務。符合本政策所訂資格標準的個人，有資格獲得緊急或醫療必要服務的免費照護。所有依本政策尋求協助者，將維護資訊保密性及個人尊嚴。

Novant Health 執行領導團隊及/或 Novant Health 董事會必須批准任何本政策的修改。

答：經濟援助資格。

1. 服務區域 -

a. 醫院病患：所有北卡羅來納州居民及非北卡羅來納州居民以下南卡羅來納州縣的居民有資格申請本政策定義的經濟援助。南卡羅來納州霍里縣、蘭開斯特縣及約克縣。

2. 收入. 患者必須擁有家庭年度收入低於或等於 300% 的現年聯邦貧窮指引。

3. 覆蓋服務. 涵蓋的服務包括緊急及醫療

在 Novant Health 醫院或醫療提供者基礎診所接受的必要服務。

4. 特殊情況. 已故患者可能會被考慮用於財務

援助資格。破產患者也可能有資格獲得財務援助。

經濟援助。

B.

無保險患者。 符合上述要求的無保險患者，以及推定有資格獲得本保單經濟援助的無保險患者，將獲得本保單涵蓋服務費用的**100%**調整。

受保患者。僅限北卡羅來納州居民：符合上述要求的被保患者及推定有資格獲得本保單經濟援助的受保患者，將獲得適用患者責任（扣除共付額）的折扣，如下：

收入低於FPL的200%：100%折扣。

收入介於FPL的200%至250%之間：75%折扣。收入

介於250%至300% FPL之間：50%折扣。

此外，對於收入介於家庭家庭貸款（FPL）200%至300%的受保患者，可選擇不收取利息、期限不超過三十六（36）個月、付款金額不超過家庭每月收入的五%（5%）的付款方案。付款期限可長於三十六（36）個月，但總金額不得超過36個月/收入5%的付款計劃。

申請 - 作為不被認定為推定資格的病患（見D節推定資格認定）的替代途徑，病患將填寫一份申請表（見附表），提供所有驗證財務援助資格所需的支持資料，並寄回給診所的營業辦公室、收入週期倡導者或財務顧問。支持資料包括收入證明文件，如W2表格、薪資單或前一年度報稅表。沒有收入來源的患者應提供支持信，說明其基於當前財務狀況需要考慮經濟援助。信件至少應說明患者無需提供支持性的財務文件。詳見下方G節。申請表將存放於設施或診所營業辦公室，並提供給申請財務援助或被認定為潛在經濟援助申請人的個人。申請表提供英文及西班牙文版本。申請協助可透過

C. 本政策O節所列任一電話號碼聯絡財務顧問。

根據申請進行決定 - 一旦收到完整文件並做出資格認定;每位申請人將收到通知信，告知設施或診所的決定。若患者會見符合資格條件，他們將被指定為有資格領取經濟援助的病人。提交不完整申請及/或未提供支持文件的病患，將透過電話聯繫。

- D. 推定資格認定 - 推定資格將根據以下非收入標準延長：無家可歸；無人代為處理病患的精神喪失行為能力；病患或其家庭子女是否登記醫療補助；是否參加其他有收入審查的公共援助計畫（包括但不限於婦女、嬰幼兒營養計畫、補充營養援助計畫）。對於被認定為經濟援助的推定資格患者，則不需提供相關文件。

非收入基礎篩檢及向患者通知資格應完成如下：

非急診部門服務

- 安檢——在報到前或報到時進行；
- 通知——在出院前。

急診部門服務

- 篩檢——盡可能早且在出院前進行；
- 通知——在向病患開立帳單前。

根據收入標準，帳戶的推定資格將根據有無保險的標準延長。帳戶將透過第三方資料來源（如

Experian Healthcare，一家數據與分析公司，並根據最新的聯邦貧困指標計算聯邦貧窮率。此外，根據收入符合推定資格的病患，將於任何帳單發出前收到相關通知。

提供緊急及醫療必要照護的提供者 - 每個新罕布夏州設施維護一份提供緊急或其他醫療必要照護的提供者名單，該名單標示哪些提供者受本政策涵蓋（「提供者名單」）。此名單可定期更新，無需新罕布夏州設施管理委員會批准。提供者名單可透過 **Novant Health** 網站取得，或透過本政策 O 節所列任一電話聯絡財務顧問。

- E. 資格期間 - 財務援助申請及文件必須每六個月更新一次，或在該期間任何時間，若患者家庭收入或保險狀況變動至不符合資格。六個月內的每次就診將被審查是否可申請其他福利計畫。

F.

- G. 無支持性財務文件 - 沒有收入來源的病患可能會被歸類為慈善機構。沒有收入來源的病患應提供支持信，說明其基於當前經濟狀況需要考慮經濟援助。信件至少應說明病患無需提供支持的財務文件。經濟援助可能不包括

因申請人未提供本政策或申請表不要求提交的資訊或文件，而依本政策被拒絕。

帳單與催收行動 - 有關Novant Health帳單及催收活動的資訊，請參閱Novant Health帳單與催收政策。可透過Novant Health網站取得本保單副本，或透過本保單O節所列任一

H. 電話號碼聯絡財務顧問。

經濟援助生效日期 - 雖然希望盡可能接近服務時間判斷患者是否符合經濟援助資格，但只要患者在申請期間內提交所需文件，若符合資格，經濟援助將予以提供。

I. 紀錄保存 - 與潛在經濟援助患者的相關紀錄必須易於取得以便使用。與經濟援助相關的文件影像可在患者帳戶或醫療紀錄層級的以下區域取得，方便檢索：

- NHMG 收入週期：申請文件會存放在上鎖的檔案櫃中 30 天，之後掃描至 Hyland OnBase 及/或媒體在 Dimensions 中管理儲存。

J.

- 新罕布夏州門診放射設施：文件掃描至媒體在 Dimensions 中管理儲存。

- 新罕布夏州 Dimension 急性設施：文件掃描至 Media Manager 在 Dimensions 中用於儲存。

收費 - 本保單下，無保險財務援助資格個人不會因緊急或其他醫療必要照護而被收費。若Novant Health依本政策向符合保險的財務援助資格者收取緊急或其他醫療必要照護費用，將採用預期方法來決定通常以醫療補助費率（「AGB」）計費的金額，且不會向符合財務援助資格的個人收取高於AGB的費用。

財務援助預算 - 財務援助的可用性可能因 Novant Health 的預算或其他財務限制而受到限制，這將影響 Novant Health 維持財務可行的能力。

K.

L.

M. 公告與公告 - Novant Health 將向公眾提供

本政策中提供的協助資訊如下：

- 本保單、申請表及簡明語言摘要將提供在NH網站上。
- 本保單紙本副本、申請表及簡明語言摘要應申請且免費提供，無論是郵寄或於 Novant Health 各設施的公共場所，至少包括急診室及入院區。
- 財務援助手冊，告知讀者本政策下可獲得的財務援助，以及如何取得更多資訊本政策及申請流程，以及如何取得本政策副本、申請表與簡明語言摘要，皆可於Novant健康服務區內的多家免費社區健康診所取得。

- 病患應獲得一份紙本的白語言摘要，如下
這是入院或出院流程的一部分。
- 帳單上會有明顯的告示，以告知
本政策的讀者，詳見Novant Health的帳單與催收政策;以及
- 顯著的公共展示將告知並告知病患本政策，並
設置於Novant Health各設施的公共場所，包括
至少是急診室和入院區。

N. LEP人士的可及性 - Novant Health 應將本政策、申請表及簡明語言摘要提供給所有英語能力有限的重要族群（「LEP」）。為了判斷一個族群是否具有顯著性，Novant Health 會採用合理方法來判斷 Novant Health 服務區域內的 LEP 語言群組。

O. 保單及相關文件的可用性 -對醫院病患而言，需提供本保單副本、簡明語言摘要、申請表、提供者名單及帳單而催收政策可透過以下方式取得：

- 造訪Novant Health網站
<http://www.novanthealth.org/GiveBack/FinancialAssistance.aspx>
- 造訪任何Novant Health醫院的財務諮詢辦公室。
- 請撥打免費客服電話 888-844-0080
 - 請撥打任何Novant Health醫院的財務顧問，電話號碼提供上述
以下內容：

Novant Health Forsyth 醫療中心 Novant Health Clemmons 醫療中心 Novant Health Kernersville 醫療中心 Novant Health 醫療園區醫院 Novant Health 湯瑪斯維爾醫療中心	(336) 718-5393
Novant Health Presbyterian Medical Center Novant Health Matthews Medical Center Novant Health Huntersville Medical Center Novant Health Charlotte Orthopedic Hospital Novant Health Rowan Medical Center Novant Health Mint Hill Medical Center Novant Health Brunswick Medical Center Novant Health Ballantyne Medical Center	(704) 384-0539
Novant Health 新漢諾威區域醫療中心 Novant Health Scotts Hill 醫療中心 Novant Health Pender 醫療中心	(910) 667-7050

可透過聯絡該診所取得財務援助政策副本、簡明語言摘要、申請表及帳單與催收政策。

排除事項：本政策僅適用於Novant Health提供的服務

附屬機構，不適用於任何獨立醫師或執業者所提供的服務。本政策亦不適用於醫師或其他醫療提供者（包括但不限於非 **Novant Health** 僱用的麻醉科醫師、放射科醫師及/或病理科醫師）在醫院/設施內外提供的服務。

合格人員

三、
無
裝備

四、
無
程序

此程序作為協助人員達成政策目標的指引。在遵循這些程序指引的同時，人員應在其執業範圍及/或工作職責範圍內行使判斷力。

V.
無
文件

無

六。
定義

關聯企業 - 包括Novant Health, Inc.及任何全資實體或以Novant Health名義營運的實體。

申請期間 - 自提供照護之日起開始，至收到第一份帳單後第240天結束的期間。

七、
福利計畫 ——政府保障特定族群享有特定醫療福利的計畫。這不包括由平價醫療法案設立的醫療交易所。

家庭 - 包括丈夫、妻子及任何居住在家中且符合稅務資格的受扶養人子女（包括繼子女）。

經濟援助 ——治療疾病、傷害、狀況、疾病或其症狀所需的服務，且符合公認的醫學標準，若未及時治療，將導致健康狀況的不利改變。

收入 - 每年家庭收入及來自所有來源的現金福利（稅前），扣除贍養費和子女扶養費。

醫療必要服務 ——針對若未及時治療，將導致病患健康狀況不利改變的疾病提供的服務。

簡明語言摘要 - 書面聲明，通知個人Novant Health機構依本政策提供財務援助，並以清晰、簡潔且易懂的語言提供以下額外資訊

理解：(i) 本政策下資格要求及協助的簡要說明；(ii) 如何申請本政策協助的簡要說明；(iii) 個人可申請的直接網站地址（或網址）及實際地點
取得本保單及申請表的副本；(iv) 關於如何免費取得本保單及申請表的說明；(v) 可提供本保單資訊的設施辦公室或部門的聯絡資訊，包括電話號碼及實際位置，以及能協助申請的辦公室或部門，或可提供協助的非營利或政府機構；(vi) 說明本政策、申請表及其他語言的翻譯（如適用），以及 (vii) 聲明符合財務援助資格的個人不得被收取超過一般保險涵蓋相同緊急照護或其他醫療必要照護的費用。

相關文件

災難性和解、無保險折扣、分期付款、入院費用、收費與財務諮詢、帳單與催收、財務援助（南卡醫院）、財務援助（非提供者診所、門診手術中心等）

參考資料

八。

無

提交者

Novant Health 財務援助/壞帳小組委員會

九。

關鍵詞

慈善、無保險病患、經濟援助

X。

十一。
。

十二。
。

初始生效日期
修訂生效

2015年6月1日
2016年1月;2018年8月15日、2020年3月、2021年2月（NH-NHMC、新罕布夏州PeMC採用）、2025年1月1日、2025年3月12日、2025年3月28日、2025年6月24日、01月026日（新版本，NHNHRMC及NH PeMC移除）、2026年7月1日（NHNHRMC，Pender新增）+;Stokes醫療中心採用2026年6月1日+

日期已審查（無變更）截止日期下次審查

2029年1月

簽名表

標題	經濟援助 - 北卡羅來納州醫院（提供者為基礎診所）
人數	新罕布夏-路德-FM-111.1
分類	LD-FM
適用於	Novant Health : BalMC、BMC、FMC（FMC 主線、CMC、KMC 及其他地點）、HMC、MMC、MPH、MHMC、PMC（PMC 主線、COH 及其他地點）、RMC、SMC+、TMC Novant Health : 新漢諾威區域醫療中心、彭德醫療中心+
行動	修訂版

審核單位：

標題	核准者	簽名	日期
收入循環服務資深副總裁	希瑟·鄧恩		詳見電子核准

由以下委員會核准：

委員會	主席/指定代表	日期
新罕布夏州執行團隊	愛麗絲·波普	10/11/2024
三位一區董事會批准	艾弗里·霍爾，主席	10/24/2024
Novant Health 董事會	Laura A. Schulte，主席	11/18/2024
SPR區域董事會批准	Kimberly Case 醫師，主席	11/25/2024



經濟援助申請

I. 病患人口統計

病患姓名：_____ (最後) (第一) (中間) (社會安全號碼)
(出生日期)

擔保人姓名：_____ (最後) (第一) (中間) (社會安全號碼)
(出生日期)

地址：_____ (街道) (城市) (州)
(郵遞區號)

電話：_____
你過去有向任何Novant Health, Inc.的機構申請過經濟援助嗎？(例如Novant Health Medical Group、Novant Health醫院、Novant Health Imaging Center) Yes No
如果是，申請日期或核准日期是什麼？_____

二、家庭資訊

婚姻狀況 (第一圈)	已婚	單曲	分離	家庭總數：
------------	----	----	----	-------

受扶養人姓名 (請另附一張表格以補充。受扶養人)	依照出生日期

三、就業/收入

病患/擔保人雇主：	
每月總收入金額：\$	
收入來源——請附上現況的驗證或說明	
配偶或其他收入來源及每月總金額：\$	
年度家庭總收入：\$	
你有有效的銀行帳戶嗎？	你有申報前一年的稅嗎？

四、保險驗證

你有健康保險嗎？	是的	不
保險公司名稱：		
你有工作嗎？	是的	不
對於現任雇主或過去90天內失業的前雇主，請提供：雇主名稱（若已離職則提供就業日期）：		
請提供你雇主提供的保險公司名稱（如有）：		
如果最近失業，你有資格領取COBRA福利嗎？		

我證明所提供的資訊屬實，且盡我所知。我理解詐騙或誤導性資訊將使我無法獲得任何經濟援助。我授權公開任何必要資訊，以核實所提供資訊，並依適用的聯邦及州法律進行帳單及催收。在考慮任何事項前，可能需要提供收入證明。可接受的收入證明可能但不限於：薪資單副本、去年報稅表影本，或雇主出具的現薪及工作時數信函。

病患/擔保人簽名	日期：
採訪者簽名	日期：
經理簽名	日期：
董事簽名	日期：
副總統簽名	日期：
留言	