

タイトル	経済的支援 - ノースカロライナ州病院(提供者ベースのクリニック)		
番号	ニューハンプシャー州-ルダ州-FM-111.1	最終改訂/確認済み発効日:	1月26日+
カテゴリー	LD-FM		
適用対象	Novant Health:BaIMC、BMC、FMC(FMCメイン、CMC、KMCおよびその他の拠点)、HMC、MMC、MPH、MHMC、PMC(PMCメイン、COHおよびその他の拠点)、RMC、SMC+、TMC Novant Health:ニュー・ハノーバー地域医療センター、ペンダー医療センター+		

I.

範囲/目的

Novant Healthの活動「私たちはより健康的な未来を創造し、素晴らしい体験を生き生きとさせる」は、Novant Healthの非営利の伝統と、私たちが所在するコミュニティに対する社会的責任を反映しています。

II.

方針

ノースカロライナ州のすべてのNovant Health病院および医療提供者ベースのクリニック(「Novant Health」)は、適格な低所得者に経済的支援(無料ケア)を提供します。このサービスは他の地域社会の福利厚生サービスとともに、Novant Healthの使命達成に不可欠です。

この方針の目的は、緊急または医療上必要なサービスの支払いが困難または不可能な経済状況の患者に対して、経済的支援を提供する基準と条件を定めることです。本方針は選択的サービスは対象外です。本方針で定められた適格基準を満たす個人は、緊急または医療上必要なサービスに対して無料ケアを受ける資格があります。本ポリシーの下で支援を求めるすべての方に対して、情報の機密性と個人の尊厳が守られます。

Novant Healthのエグゼクティブリーダーシップチームおよび/またはNovant Healthの取締役会は、本ポリシーの変更を承認しなければなりません。

A. 経済的支援の資格。

1. サービスエリア -

a. 病院患者: ノースカロライナ州の全住民および非ノースカロライナ州の住民

以下のサウスカロライナ州郡の住民は、本ポリシーで定義された経済的支援の申請資格があります。ホリー郡、ランカスター郡、ヨーク郡(サウスカロライナ州)。

2. 収入: 患者は年間の家族収入が以下の以下でなければなりません。利用可能な今年度の連邦貧困対策ガイドラインの300%。

3. カバードサービス: 対象となるサービスには、救急および医療が含まれます Novant Healthの病院または提供者ベースの診療所で受ける必要サービス。

4. 特別な事情: 亡くなった患者はファイナンシャル(金融保険)として検討されることがあります

支援の対象資格。破産中の患者も経済的支援の対象となる場合があります。

経済的支援。

B.

無保険患者。 上記の要件を満たす無保険患者および本保険の経済的支援を受ける資格があると推定される無保険患者は、本保険でカバーされるサービスの料金を**100%**調整されます。

被保険患者。ノースカロライナ州在住者のみ:上記の要件を満たす被保険患者および本ポリシーに基づく経済的支援を受ける資格があると推定される被保険患者は、適用される患者負担額(自己負担額を差し引いた)に対して以下の割引を受けられます。

FPLの200%未満の収入:100%割引。

収入がFPLの200%～250%なら75%割引。収入が
250%～300%FPLなら50%割引。

さらに、所得がFPLの200%から300%の被保険者には、利息なしで最大36か月、月々世帯収入の5%以下の支払いプランが用意されています。支払いプランは36ヶ月を超える期間で設定可能ですが、総収入額が36ヶ月/収入の5%の支払いプランで回収される範囲を超えない限りです。

C. **申請 - 推定適格とみなされない患者(セクションD「推定適格性判断」参照)の代替経路として、経済的支援資格を証明するために必要なすべての補足情報を記載した申請書(添付の申請書参照)を患者が記入し、施設やクリニックの事業所、収益サイクルアドボケート、または財務カウンセラーに提出します。補足資料には、W2フォーム、給与明細、前年度の確定申告書などの収入証明書類が含まれます。収入源のない患者は、現在の経済状況に基づく経済的支援の必要性を示す支援書を提出してください。最低限、患者が提出すべき補助となる財務書類がないことを記載する必要があります。以下のセクションGを参照してください。申請書は施設またはクリニックの事業事務所に保管され、経済的支援を希望する方や経済的支援の候補者と特定された方に提供されます。申請書は英語とスペイン語で利用可能です。申請書の提出には、本ポリシーのセクションOに記載された電話番号のいずれかのファイナンシャルカウンセラーに連絡することで、支援を受けることができます。**

申請に基づく決定 - 完全な書類が受理され、適格性の判断が下された後、各申請者に施設またはクリニックの決定を通知する通知書が送付されます。患者が会合した場合

資格要件により、経済的支援を受ける資格があると指定されます。不完全な申請書を提出したり、補足書類を提出しなかった患者には電話で連絡が行われます。

- D. 推定適格性の判断 - 推定適格性は、以下の非所得に基づく基準に基づいて延長されます:ホームレス、患者の代理がない精神的判断能力障害、患者またはその世帯の子どものメディケイドへの加入、その他の収入審査型公的扶助プログラム(女性・乳幼児栄養プログラム、補足栄養支援プログラムを含むがこれらに限定されない)。経済的支援の推定対象とみなされる患者については、書類の提出は不要となります。

非所得に基づくスクリーニングおよび患者への適格性通知は、以下のように行われます。

非救急部門サービス

- 検査 - チェックイン前またはその時;
- 通知 - 退院前に。

救急部門のサービス

- スクリーニング - 可能な限り早い段階で、可能であれば退院前に行われます。
- 通知 - 請求書を患者に発行する前に。

保険有無にかかわらず、所得に基づく基準に基づいて推定資格が延長されます。口座は第三者のデータソース(例えば)を通じて世帯規模と世帯収入を取得して審査されます。

データおよび分析会社であるExperian Healthcareは、最新の連邦貧困指針に基づいて連邦貧困率を算出しています。さらに、収入に基づく推定的適格性の患者には、請求書が発行される前に通知が行われます。

- E. 緊急および医療的必要ケアを提供する提供者 - 各NH施設は、緊急または医療に必要な医療を提供する提供者のリストを維持しており、本ポリシーの対象となる提供者を明確にしています(「提供者リスト」)。このリストはNH施設運営委員会の承認なしに定期的に更新されることがあります。提供者リストはNovant Healthのウェブサイトから取得するか、本ポリシーのセクションOに記載された電話番号のいずれかにファイナンシャルカウンセラーに連絡することで取得可能です。

- F. 適格期間 - 経済的支援申請書および書類は6か月ごとに更新されなければならない、またはその期間中に患者の家族収入や保険状況が変化し、患者が対象外となる場合はいつでも更新されます。6か月間の各訪問は、他の権利プログラムへのアクセスの可能性について審査されます。

- G. 経済的証明書類の不要 - 収入源のない患者は慈善団体に分類されます。収入源のない患者は、現在の経済状況に基づいて経済的支援の検討が必要であることを示す支援書を提出すべきです。最低限、患者が提出すべき補助となる財務書類がないことを記載する必要があります。経済的支援は、

申請者が本ポリシーまたは申請書で提出を義務付けられていない情報や書類を提供しなかったことを理由に、本ポリシーに基づき却下されます。

請求および回収の行動 - **Novant Health**の請求および回収活動に関する情報は、

- H. **Novant Health**の請求および回収ポリシーをご参照ください。ポリシーのコピーは**Novant Health**のウェブサイトから入手するか、本ポリシーのセクションOに記載された電話番号のいずれかにファイナンシャルカウンセラーに連絡することで入手可能です。
- I. 経済的支援の有効日 - 患者の経済的支援の適格性をできるだけサービス開始時に判断することが望ましいですが、申請期間内に必要な書類を提出すれば、適格と判断された場合に経済的支援が提供されます。

記録管理 - 潜在的な経済的支援患者に関する記録は、使用のために容易に入手できなければなりません。経済的支援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の以下のエリアで取得可能です:

- **NHMG収益サイクル**:申請書類は**30日間**鍵付きのファイルキャビネットに保管され、その後**Hyland OnBase**やメディアにスキャンされます
ストレージ用のマネージャーとして**Dimensions**に設定しています。
- **NH外来放射線施設**:書類はメディアにスキャンされます
ストレージ用のマネージャーとして**Dimensions**に設定しています。
- **NHディメンション急性期施設**:文書はメディアマネージャーにスキャンされます
ストレージのための寸法に記載されています。

料金 - 本ポリシーの下で、無保険の経済的支援対象者に対して緊急またはその他の医療的必要性のケア費用は請求されません。**Novant Health**が本ポリシーの下で無保険の経済的支援対象者に対し緊急またはその他の医療的必要性医療の費用を請求する場合、一般的にメディケイド料金(「**AGB**」)で請求される金額を決定し、**AGB**以上の請求は行いません。

財政支援予算 - ノバントヘルスの予算やその他の財政的制約により、経済的支援の利用可能性が制限される可能性があり、これがノバントヘルスの財政的存続能力に影響を与える可能性があります。

- M. 公示および掲載 - **Novant Health**は一般に公開します

本ポリシーで提供される支援に関する情報は以下の通りです。

- 本ポリシー、申請書、平易な要約が提供されます
NHのウェブサイトで。
- このポリシーの紙のコピー、申請書、平易な要約
希望に応じて、郵送および**Novant**ヘルス施設内の公共の場所、最低でも救急室および入院エリアで提供いたします。
- 本ポリシーの下で利用可能な経済的支援について読者に知らせる経済的支援パンフレットや、詳細情報の取得方法を紹介するものです
本ポリシーおよび申請手続き、コピーの入手方法、申請書および平易な言語要約は、**Novant**ヘルスサービスエリア内のさまざまな無料地域保健クリニックで入手可能です。

- 患者には平文概要の紙のコピーが提供されます。これは受け入れや退院のプロセスの一部です。
- 請求書には目立つ通知が貼られ、本ポリシーの読者であり、**Novant Health**の請求および回収ポリシーに詳細に記載されています。および
- 本ポリシーを患者に知らせる目立つ公共ディスプレイは、**Novant Health**の施設内の公共場所で展示されます。最低でもERと入院エリアです。

N. LEP個人へのアクセス - **Novant Health**は、本ポリシー、申請書および平易な言語概要を、英語能力が限定的なすべての重要集団(「LEP」)に提供します。人口が重要かどうかを判断するために、**Novant Health**は合理的な方法で**Novant Health Service Area**内のLEP言語グループを特定します。

O. 保険契約および関連書類の入手可能性 - 病院患者の場合、本ポリシーのコピー、平易な文言概要、申請書、提供者リストおよび請求書
また、回収ポリシーは以下の方法で取得可能です:

- **Novant Health**のウェブサイト訪問
<http://www.novanthealth.org/GiveBack/FinancialAssistance.aspx>
- **Novant Health**のどの病院でもファイナンシャルカウンセリングオフィスを訪れてください。
- カスタマーサービスはフリーダイヤル888-844-0080までお電話ください
- **Novant Health**病院のどの施設でも、記載されている電話番号にお電話ください

以下:

ノバント・ヘルス・フォーサイズ・メディカルセンター、ノバント・ヘルス・クレモンズ・メディカル・センター、ノバント・ヘルス・カーナーズビル・メディカルセンター、ノバント・ヘルス・メディカルパー	(336) 718-5393
ノバント・ヘルス・プレスビテリアン・メディカルセンター、ノバント・ヘルス・マッシューズ・メディカル・センター、ノバント・ヘルス・ハンターズビル・メディカルセンター、ノバント・ヘルス、シャーロット整形外科病院、ノバント・ヘルス・ローワン・メディカル・センター、ノバント・ヘルス・ミントヒル・メディカルセンター、ノバント・ヘル	(704) 384-0539
ノバントヘルス・ニューハノーバー地域医療センター ノバント・ヘルス・スコッツヒル・メディカルセンター ノバント・ヘルス・ペンダー・メディカルセンター	(910) 667-7050

財務支援ポリシーのコピー、平易な説明書、申請書、請求および回収ポリシーは、特定のクリニックに連絡することで入手可能です。

除外事項:本ポリシーは**Novant Health**で提供されるサービスにのみ適用されます

関連団体であり、独立した医師や実践者が提供するサービスには適用されません。また、この方針は、**Novant Health**に雇用されていない麻酔科医、放射線科医、病理医を含む医師やその他の医療提供者が病院・施設内外で提供するサービスには適用されません。

資格を持つ人員

III.

該当なし

装備

IV.

該当なし

手続き

V.

この手続きは、職員が方針の目標を達成するための指針として機能します。これらの手続きガイドラインに従う間、職員は自らの業務範囲や職務の範囲内で判断を行使することが期待されます。

該当なし

記録

VI.

該当なし

定義

VII.

関連会社 - Novant Health, Inc.および**Novant Health**名義で運営される完全子会社または事業体を含みます。

申請期間 - 介護が提供された日から始まり、介護の最初の請求明細を受け取った翌日240日目までの期間。

エントリゲートメントプログラム - 特定の人口層に特定の医療給付を保証する政府のプログラムです。これは医療保険制度改革法(**Affordable Care Act**)によって設立された医療保険取引所は含まれません。

家族 - 夫、妻、および自宅に住んで税務上の扶養対象となる子供(継子を含む)が含まれます。

経済的支援 - 病気、けが、状態、疾患、またはその症状を治療し、医学の基準を満たすサービスで、迅速に治療されなければ健康状態に悪影響を及ぼすもの。

収入 - 税引き前の家族の年間収入と現金給付金を差し引いたもので、慰謝料や養育費の支払いを差し引いています。

医療的必要サービス - 迅速に治療されなければ患者の健康状態に悪影響を及ぼす状態に対するサービス。

平易な言葉の要約 - Novant Health施設が本ポリシーの下で経済的支援を提供していることを個人に通知し、以下の追加情報を明確で簡潔かつわかりやすい言葉で提供する書面による声明

理解;(i) 本ポリシーに基づく資格要件および支援の簡単な説明;(ii) 本ポリシーに基づく支援申請方法の簡単な概要;(iii) 個人が利用できる直接のウェブサイトアドレス(またはURL)および物理的な場所

本ポリシーおよび申請書のコピーを入手すること;(iv)個人がこのポリシーおよび申請書の無料コピーを入手する方法の指示;(v)本ポリシーに関する情報を提供する施設事務所または部署の連絡先情報(電話番号および所在地を含む)、申請支援を行う事務所または部門、または支援可能な非営利団体または政府機関の連絡先情報;(vi) 本ポリシー、申請書および平文概要の翻訳が他言語で提供されていることの声明(該当する場合)、および(vii) 経済的支援対象者が、同じ緊急医療やその他の医療的必要ケアをカバーする保険加入者に対して通常請求される金額を超えて請求されないという声明。

関連文書

- VIII. 壊滅的和解、無保険割引、支払いプラン、入院費、料金と財務カウンセリング、請求・回収、経済的支援(サウスカロライナ州の病院)、経済的支援(非提供者ベースのクリニック、ASCなど)

参考文献

該当なし

IX.

提出者

ノバントヘルス金融支援/不良債権小委員会

X.

キーワード

慈善団体、無保険患者、経済的支援

XIで す。

XII.

初発発令日
改訂日 有効

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- NHRMC、 NH 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、01/026(新バージョン、NHNHRMCおよびNH PeMC削除)、2026年1月7日(NHNHRMC、ペンダー追加)+;ストークス医療センター採用

日付 レビュー済み(変更なし) 次回
レビューの期限

2026年6月1日+

2029年1月

署名シート

タイトル	経済的支援 - ノースカロライナ州の病院(提供者ベースのクリニック)
番号	ニューハンプシャー州-ルダ州-FM-111.1
カテゴリー	LD-FM
適用対象	Novant Health:BaIMC、BMC、FMC(FMCメイン、CMC、KMCおよびその他の拠点)、HMC、MMC、MPH、MHMC、PMC(PMCメイン、COHおよびその他の拠点)、RMC、SMC+、TMC Novant Health:ニュー・ハノーバー地域医療センター、ペンダー医療センター+
戦闘	改訂版

承認済み:

タイトル	承認者	署名	日付
収益サイクルサービス シニアバ	ヘザー・ダン		電子承認を参照

承認された委員会:

委員会	議長/指名者	日付
NH執行チーム	アリス・ポープ	10/11/2024
トライアド地域委員会承認	エイブリー・ホール、議長	10/24/2024
ノバントヘルス理事会	ローラ・A・シュルテ、議長	11/18/2024
SPR地域委員会承認	キンバリー・ケース医師、委員長	11/25/2024



経済的支援申請

I. 患者人口統計

患者名: _____
(ラスト) (第一) (中間) (SSN)
(生年月日)

保証人名: _____
(ラスト) (第一) (中間) (SSN)
(生年月日)

住所: _____
(通り) (都市) (州) (郵便番号)

電話: _____

過去にNovant Health, Inc.の施設(例:Novant Health Medical Group、Novant Health病院、Novant Health Imaging Center)に財政支援を申請したことはありますか? ____ Yes ____ No

もしそうなら、申請日か承認日ですか? _____

II. 世帯情報

婚姻状況 (サークルワン)	結婚	シングル	分離	世帯内の総数:
---------------	----	------	----	---------

扶養家族名 (追加用に別添シートを添付してください扶養家族)	生年月日

III. 雇用/収入

患者/保証人雇用主:	
月間総収入額:\$	
収入源 - 現状の確認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月額総額:\$	
年間総世帯総収入:\$	
有効な銀行口座はありますか?	前年の税金申告はしましたか?

IV. 保険の検証

健康保険はありますか?	はい	いや
保険会社名:		
あなたは働いていま	はい	いや
現在の雇用主または過去90日以内に失業した場合、元雇用主の場合は以下の通りを記載してください:雇用主名(およびすでに雇用されていない場合は雇用期間):		
雇用主が提供する保険会社の名前(あれば)を記載してください:		
最近失業している場合;COBRA給付の対象になりますか?		

提供された情報が真実であり、私の知る限り最善のものであることを証明します。詐欺や誤解を招く情報がいかなる経済的支援の対象外になることも理解しています。提供された情報の検証および請求・回収のために必要な情報の開示を、適用される連邦および州の法律に準拠して行うことを許可します。検討前に収入証明が必要となる場合があります。収入証明としては、給与明細のコピー、昨年の確定申告書のコピー、または現在の給与と勤務時間を記載した雇用主からの手紙などが挙げられますが、これらに限定されません。

患者/保証人の署名	日付:
インタビュアーの署名	日付:
監督の署名	日付:
取締役の署名	日付:
VPの署名	日付:
コメント	