

標題	慈善醫保		
編號		最後修訂／審核生效日期：	1 月 16 日
TJC 職能部門	LD-FM		
適用於			

I. 適用範圍／目的

Novant Health 使命聲明，「同時改善社區所有成員的健康」反映了 Novant Health 的非盈利傳統和對我們所處社區的社會責任。

II. 政策

所有 Novant Health 附屬機構（「Novant Health」）將為符合資格的低收入患者提供慈善醫保（免費護理）。該服務，連同其他社區福利服務，是 Novant Health 達成使命的關鍵。

對於經濟狀況窘迫的患者，讓他們為緊急或醫療上必需的服務支付費用是不切實際或不可能的，本政策的目的是為向這些患者提供慈善醫保確定標準和條件。本政策不涵蓋選擇性服務。符合本政策確定的資格標準的個人有資格為緊急或醫療上必需的服務接受免費護理。對根據本政策尋求幫助的所有患者，將維護其資料和個人身份的保密性。

本政策的任何修改必須獲得 Novant Health 執行領導團隊和／或 Novant Health 董事會的批准。

A. 慈善醫保的資格。

1. 服務區 -

- a. 住院患者：Novant Health 服務區（見附件）內的居民有資格申請慈善醫保（根據本政策的規定）。
- b. 基於非提供者的醫師診所（「醫師診所」）患者：患者必須住在診所的傳統服務區（根據診所的規定和證明文檔並可根據患者要求提供服務）。
- c. 在非急性護理設施接受門診放射治療的（「門診放射治療」）患者：住在設施方圓 25 英哩內的患者有資格申請慈善醫保（根據本政策的規定）。

適用的 Novant Health 服務區以外的患者將由市場總裁和／或指定人員進行審核和批准。對於計劃登記（未獲得事先批准），如果患者住在 Novant Health 服務區以外，則患者需要為已提供服務支付費用。

2. 已確診患者。對於醫師診所，患者必須是過去三 (3) 年內接受過 Novant Health 醫療團體主治醫師治療的患者。
3. 收入。患者必須無保險，無法參加應得利益計劃，家庭年收入低於或等於可用的當年聯邦貧困指標的 300%，並且必須沒有大量流動資產（即手存現金）。只應在有限情況下向有醫療保險的患者提供慈善醫保，但是必須經過管理人員的審核，並審批所有慈善醫保文檔。
4. 承保服務。對於住院和門診放射治療患者，承保服務包括在 Novant Health 醫

院、基於提供者的醫務所，或門診放射治療環境接受的緊急和醫療上必需的服務。對於醫師診所的患者，承保服務由醫師評估決定。承保服務不包括美容、選擇性、非緊急測試、服務或程序、生育服務或實驗性治療。對於醫師診所，承保服務不包括處方藥物。

5. 其他健康承保服務。已知選擇不參加僱主贊助的健康計劃和／或因為不符合計劃要求而沒有資格參加政府贊助的健康保險的患者無資格根據本政策獲得慈善醫保。此排除規定不適用於已知選擇不參加平價醫療法案確定的醫療保健交換的患者。
 6. 特殊情況。沒有房產或第三方保險的已故患者可考慮其慈善醫保資格。已破產的患者也有資格獲得慈善醫保。
- B. 申請表 - 提供驗證慈善醫保資格所需的所有支持資料的申請表（參見隨附的申請表）將由患者填寫並交給業務辦公室、收入循環律師或設施或診所的財務顧問。支持資料包括收入證明文檔，例如 W2 表單、工資單或上一年的納稅申報單。無收入來源的患者應提供支援函，說明基於他們的當前財務狀況給予考慮慈善醫保的需求。支援函應至少說明患者未能提供支援財務證明。參閱下面的 G 部分。設施或診所業務辦公室應準備申請表，並提供給請求慈善醫保或被認定為慈善醫保潛在候選人的個人。申請表提供英文和西班牙文版本。透過撥打列於本政策 O 部分 的任何電話號碼，可聯絡財務顧問以獲得填寫申請表的幫助。
- C. 基於申請表作出決定 - 收到完整文檔並作出資格認定後，將向每個申請者寄送通知函，告訴他們設施或診所的決定。如果患者符合資格要求，他們將被指定為有資格獲得慈善醫保的患者。將透過電話或郵件聯絡提交不完整申請表和／或未提供支援文檔的患者。
- D. 假定資格認定 - 如果未收到申請表，將在 120 天帳單週期結束時審核帳戶的慈善醫保假定資格。透過獲得 Experian Healthcare（一家資料和分析公司）提供的家庭人數和家庭收入資料，並基於最新的聯邦貧困指標計算聯邦貧困百分比，審核無醫療保險的任何帳戶。聯邦貧困百分比低於 300% 並且無醫療保險的任何帳戶將有資格獲得慈善醫保，並將獲得本政策承保服務的任何費用的 100% 調整。
- E. 提供緊急和醫療上必需護理的提供者 - 每家 NH 設施保留在 NH 設施提供緊急或其他醫療上必需護理的提供者清單，該清單確定哪些提供者在在本政策涵蓋範圍內（「提供者清單」）。將定期更新該清單，無需經過 NH 設施管理委員會批准。透過 Novant Health 的網站或透過撥打列於本政策 O 部分 的任何電話號碼聯絡財務顧問，可獲得提供者清單。
- F. 資格週期 - 必須每隔六個月，或在六個月期間患者的家庭收入或保險狀態發生變化使得患者失去資格的任何時候更新慈善醫保申請表和支援文檔。將審核六個月內的每次就診，以瞭解是否可能參加其他應得利益計劃。
- G. 無支援財務證明 - 如果患者沒有工作、郵寄地址、住所或保險，沒有收入來源的患者可被歸類為符合慈善醫保資格的患者。未提供充分的財務狀況資料的患者也必須予以考慮。無收入來源的患者應提供支援函，說明基於他們的當前財務狀況給予考慮慈善醫保的需求。支援函應至少說明患者未能提供支援財務證明。本政策規定，

不得因為申請人未提供本政策或申請表未要求個人提交的資訊或支援文檔而拒絕提供慈善醫保。

- H. 計費與收費操作 - 如需有關 Novant Health 的計費與收費活動的資訊，請參閱 Novant Health 計費與收費政策。透過 Novant Health 的網站或透過撥打列於本政策 O 部分的任何電話號碼聯絡財務顧問，可獲得政策的副本。
- I. 慈善醫保的生效日期。雖然建議確定患者的慈善醫保資格時盡可能接近服務時間，但只要患者在申請期間提交必要的支援文檔，均可為其提供慈善醫保。
- J. 記錄保存 - 與潛在慈善醫保患者有關的記錄必須容易獲得和使用。在患者的帳戶或醫療記錄等級的以下區域可存取與慈善醫保有關的文檔圖像以供檢索：
- NHMG 收入循環：申請支援文檔在上鎖的文檔櫃保存 30 天，然後掃描入 Hyland OnBase 進行存檔。
 - NH 門診放射治療設施：將文檔掃描入 Centricity 內的文檔管理系統以進行存檔。
 - NH Invision Acute 設施：將文檔掃描入 Siemens EDM 系統以進行存檔
 - NH Dimension Acute 設施：將文檔掃描入 Dimensions 中的媒體管理器以進行存檔。
- K. 收費。根據本政策將不會向符合慈善醫保資格的個人收取緊急或其他醫療上必需護理的費用。如果 Novant Health 根據本政策收取緊急或其他醫療上必需護理的費用，它將使用前瞻法確定使用 Medicaid 費率（「AGB」）的通常計費金額，並且不會向符合慈善醫保資格的個人收取超過 AGB 的費用。
- L. 慈善醫保預算。基於 Novant Health 的預算或其他財務限制（這會影響 Novant Health 保持財務上可行的能力），可能限制慈善醫保的可用性。
- M. 公告和發布資訊 - Novant Health 將向公眾提供與本政策提供的幫助有關的資訊，如下所述：
- 本政策、申請表和簡明語言概述應載於 NH 的網站；
 - 本政策、申請表和簡明語言概述的紙質副本應在 Novant Health 設施的郵政地址和公共場所（至少包括 ER 和住院區）根據需要免費提供；
 - Novant Health 服務區各個免費社區健康診所將提供慈善醫保手冊，用於告知讀者本政策提供的經濟援助，如何獲得有關本政策和申請流程的更多資訊，以及如何獲得本政策、申請表和簡明語言概述的副本；
 - 應向患者提供簡明語言概述的紙質副本作為入院或出院流程的一部分；
 - 帳單明細表將包含醒目通知，將本政策告知讀者，並且讀者可查看 Novant Health 的計費與收費政策瞭解詳細資訊；及
 - 在 Novant Health 設施的公共場所展示將本政策告知和通知患者的醒目公共展示，並至少包括 ER 和住院區。
- N. LEP 個人的可及性 - Novant Health 應向英語程度有限（「LEP」）的所有重要群體提供本政策、申請表和簡明語言概述。要確定哪些是重要群體，Novant Health 將使用合理方法確定 Novant Health 服務區內的 LEP 語言組。

O. 政策和相關文檔的可用性。醫院患者可透過以下方式獲得本政策、簡明語言概述、申請表、提供者清單和計費與收款政策的副本：

- 訪問 Novant Health 的網站：
<http://www.novanthealth.org/GiveBack/FinancialAssistance.aspx>
- 訪問任何 Novant Health 醫院的財務諮詢辦公室。
- 撥打免費電話 888-844-0080 聯絡客戶服務部
- 使用下列電話號碼聯絡任何 Novant Health 醫院財務顧問：

Novant Health Forsyth Medical Center Novant Health Clemmons Medical Center Novant Health Kernersville Medical Center Novant Health Medical Park Hospital Novant Health Thomasville Medical Center Novant Health Rowan Medical Center	(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 Brunswick Medical Center	(704) 384-0539
Novant Health Prince William Medical Center Novant Health Heathcote Medical Center Novant Health Haymarket Medical Center	(703) 369-8020

醫師診所和門診放射治療患者可透過聯絡特定診所獲得慈善醫保政策、簡明語言概述、申請表和計費與收費政策的副本。

除外責任：本政策僅適用於 Novant Health 附屬機構提供的服務，不適用於任何獨立醫師或執業醫師提供的服務。本政策亦不適用於未受僱於 Novant Health 的醫師或其他醫療服務提供者（包括但不限於麻醉醫師、放射治療師和／或病理科醫師）在醫院／設施內部或外部提供的服務。

III. 合格人士

不適用

IV. 設備

不適用

V. 程序

程序作為協助工作人員實現政策目標的指導原則。遵循這些程序化指導原則時，工作人員應在其執業和／或工作職責範圍內作出判斷。

不適用

VI. 支援文檔

不適用

VII. 定義

附屬機構 - 包括 Novant Health, Inc. 和任何全資實體或使用 Novant Health 名稱運營的實體。

申請期 - 週期從向個人提供治療之日起，到向個人提供治療的首份帳單明細表後第 240 天為止。

慈善醫保 - 為治療生病、受傷、病況、疾病或其症狀而提供的服務，其症狀符合醫學的可接受標準，如果未及時治療將導致健康狀況惡化。

應得利益計劃 - 確保特定群體獲得特定醫療保健福利的政府計劃。這不包括平價醫療法案確定的醫療保健交換。

家庭 - 包括丈夫、妻子，和住在家中並且從稅收角度是符合資格的受贍養者的任何子女（包括繼子女）。

收入 - 來自所有稅前來源的家庭年收入和現金福利，減去支出的生活費和子女撫養費。

醫療上必需的服務 - 為治療病況而提供的服務，若未及時治療該病況可能導致患者的健康狀況惡化。

簡明語言概述 - 告知個人 Novant Health 設施將根據本政策提供經濟援助的書面聲明，並以清楚、簡明和易於理解的語言提供以下額外資訊：(i) 簡要描述資格要求和根據本政策提供的援助；(ii) 簡要概述如何根據本政策申請援助；(iii) 個人可獲得本政策和申請表副本的直接網站地址（或 URL）和實體位置；(iv) 說明個人如何獲得本政策和申請表的免費副本；(v) 可提供本政策相關資訊的設施辦公室或部門（辦公室或部門均可提供申請協助）或可提供協助的非盈利或政府機構的聯絡資訊（包括電話號碼和實體位置）；(vi) 能夠以其他語言提供本政策、申請和簡明語言概述的翻譯服務的聲明（如適用），及 (vii) 向符合慈善醫保資格的個人收取的費用不會超過通常向其保險涵蓋相同緊急護理或其他醫療上必需的護理的個人收取的費用的聲明。

傳統服務區 - 由相關醫師診所定義和持續應用，並包括其患者的 80-90%。

VIII. 相關文檔

災難性清算、無保險折扣、支付計劃、入院、費用和財務諮詢、計費與收費

IX. 參考資料

不適用

X. 提交人

Novant Health 慈善醫保／壞帳小組委員會

XI. 關鍵詞

慈善、無保險患者、慈善醫保、經濟援助

XII. 原始生效日	2015 年 6 月 1 日
修訂生效日	2016 年 1 月
修訂日期（無更改）	
下次審核的截止日期	2019 年 1 月

簽名單

標題	慈善醫保
編號	
TJC 職能部門	LD-FM
適用於	
行動	修訂

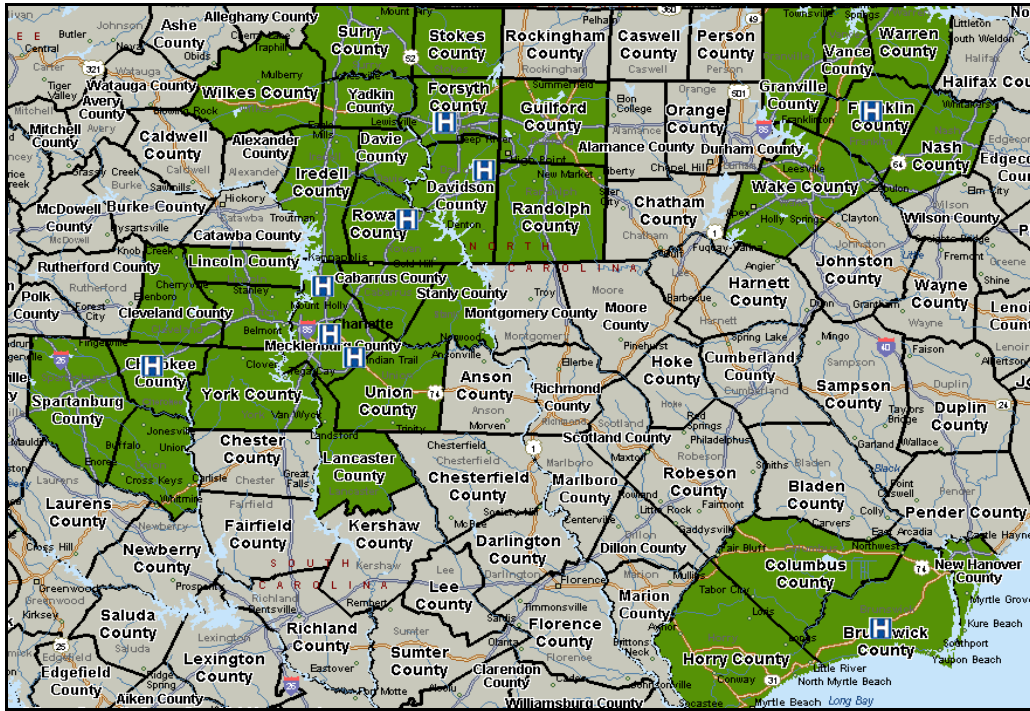
審批人：

職銜	審批人	簽名	日期

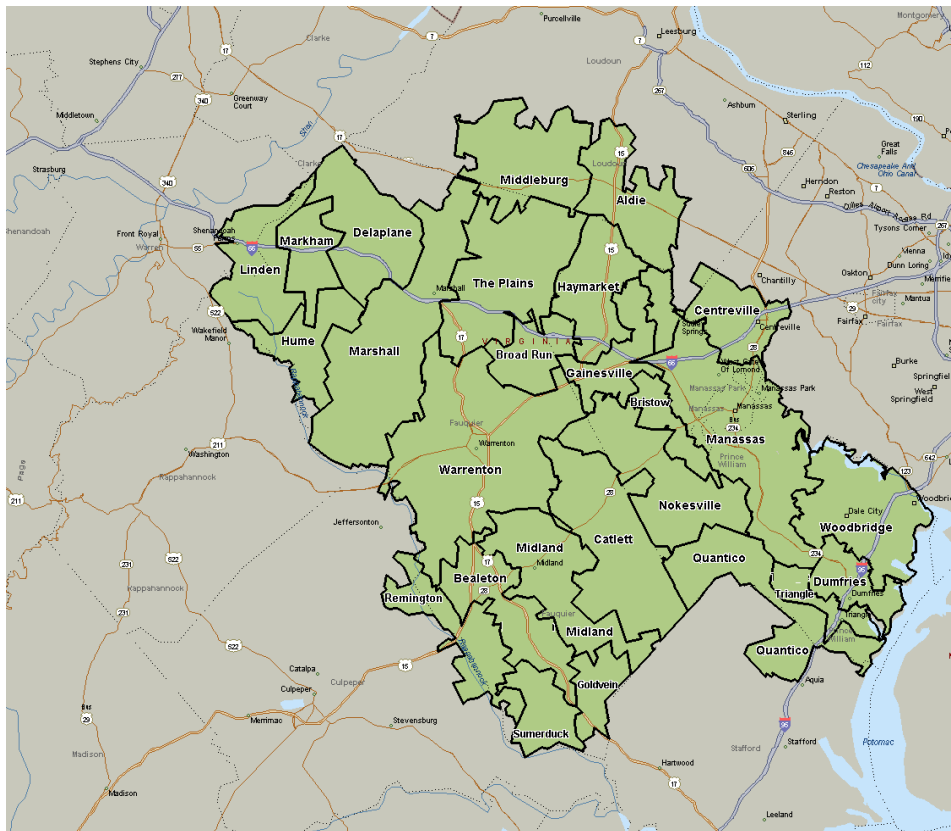
委員會審批人：

委員會	主席／指定人員	日期

NC 和 SC 服務區



北部 VA 服務區



經濟援助申請表

I. 患者人口統計資料

患者姓名： _____
 (姓氏) (名字) (中間名) (社會保障號) (出生日期)

擔保人姓名： _____
 (姓氏) (名字) (中間名) (社會保障號) (出生日期)

地址： _____
 (街道) (城市) (州) (郵政編碼)

電話： _____

II. 家庭資訊

婚姻狀況 (選擇一項)	已婚	單身	離婚	家庭總人數：
-------------	----	----	----	--------

受贍養者姓名 (為其他受贍養者附上單獨表單)	受贍養者出生日期

III. 就業/收入

患者/擔保人僱主：
每月總收入：美元
收入來源 - 請附上當前情況的證明或說明
其他收入來源和每月總收入：美元
家庭全年總收入：美元

IV. 保險證明

您是否有任何健康保險？	有	沒有
如果有，請說明： (包括保險公司名稱、地址、電話號碼、保單/組號和保險人資訊)		
您有工作嗎？	有	沒有
如果有，請列出當前僱主資訊：		
如果沒有，請列出最後僱主資訊 (包括日期)：		

盡本人所知，本人證明所填寫資訊真實無誤。本人瞭解欺騙性或誤導性資訊將導致本人失去申請任何經濟援助的資格。本人授權發布驗證所提供資訊並根據適用聯邦和州法律進行計費與收費所需的任何資訊。作出任何承諾之前可能要求提供收入證明。可接受的收入證明可能包括但不限於：工資支付表的副本、上年度納稅申報單的副本，或僱主陳述目前薪資和工作時間的信件。

患者/擔保人簽名		日期：
會見者簽名		日期：
經理簽名		日期：
主管簽名		日期：
副總裁簽名		日期：
註釋		

Notice of nondiscrimination

Novant Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Novant Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Novant Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please contact Novant Health interpreter services toll-free at 1-855-526-4411, then select option 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.

If you believe that Novant Health has not provided these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Patient services department
Attn: Section 1557 coordinator
200 Hawthorne Lane
Charlotte, NC 28204

Telephone: 1-888-648-7999 (toll-free)
TDD/TTY: 1-800-735-8262

NovantHealth.org/home/contact-us.aspx

You may file a grievance by mail, in person at the Novant Health facility where care was provided, or by submitting the form at the link above. If you need help filing a grievance, call toll-free, 1-888-648-7999 or TDD/TTY 1-800-735-8262.

You may also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available online at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-526-4411. Select option 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.



Notice of nondiscrimination

Español (Spanish)	ATENCIÓN: Los servicios de asistencia lingüísticos, gratuitos, están disponibles para usted. Llame al 1-855-526-4411. Seleccione la opción 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
繁體中文 (Chinese)	注意：您可以享受免費的語言協助服務。請撥打1-855-526-4411。選擇選項3。TDD/TTY：1-800-735-8262。
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi 1-855-526-4411. Chọn tùy chọn 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
한국어 (Korean)	주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-526-4411 번으로 전화하십시오. 옵션 3을 선택하십시오. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
Français (French)	IMPORTANT : Des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le +1 855 526 4411. Sélectionnez l'option 3. Dispositif de télécommunication pour sourds et malentendants : +1 800 735 8262.
العربية (Arabic)	ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل على الرقم 1-855-526-4411. اختر الخيار 3. جهاز الاتصال الكتابي/الهاتف النصي: 1-800-735-8262.
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Для вас доступна бесплатная услуга языковой поддержки. Позвоните по телефону 1-855-526-4411. Выберите вариант 3. Текстовый телефон/телетайп: 1-800-735-8262.
Tagalog (Tagalog – Filipino)	ATENSYON: May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available sa iyo. Tumawag sa 1-855-526-4411. Piliin ang opsyon 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
فارسی (Farsi)	برائے توجہ: 1-855-526-4411 خدمات ترجمہ بہ طور رایگان در اختیار تان قرار دارد. با شماره 1-855-526-4411 را انتخاب کنید. تماس بگیرند. گزینه TDD/TTY: 1-800-735-8262
አማርኛ (Amharic)	ማሳሰቢያ:- የጥንቁ አርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ 1-855-526-4411 ላይ ይደውሉ። አማራጭ 3ን ይምረጡ። TDD/TTY:- 1-800-735-8262.
Deutsch (German)	HINWEIS: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Wählen Sie +1 855 526 4411. Wählen Sie Option 3 aus. TDD/TTY: 1 800 735 8262.
اُردُو (Urdu)	برائے توجہ: آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ 1-855-526-4411 پر فون کریں۔ اختیار 3 چنیں۔ TDD/TTY: 1-800-735-8262
हिंदी (Hindi)	ध्यान दें: आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-526-4411 को कॉल करें। विकल्प 3 चुनें। TDD/TTY: 1-800-735-8262.
ગુજરાતી (Gujarati)	સાવધાન: તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ, વિના મૂલ્યે, ઉપલબ્ધ છે. 1-855-526-4411 પર કોલ કરો. વિકલ્પ 3 પસંદ કરો. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
বাংলা (Bengali)	মনোযোগ দিন: আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা লভ্য আছে। 1-855-526-4411 নম্বরে ফোন করুন। বিকল্প 3 নির্বাচন করুন। TDD/TTY: 1-800-735-8262।