



Northeast Georgia Health System

Improving the health of our community in all we do.

Financial Assistance Policy

At Northeast Georgia Health System we believe that no one should delay seeking medical care because they lack insurance or have high medical costs. That's why we assist patients with applying for public health coverage programs and offer discounts, payment plans or free care to eligible uninsured or underinsured patients for medically necessary care.

Financial Assistance Eligibility Requirements

- Patient received emergency care
- Patient received or is scheduled for medically necessary care and resides in the Northeast Georgia Health System service area (defined below)

Emergency care means if services are not received, the patient's health will be placed in serious jeopardy, the patient might experience serious impairment to bodily functions or serious dysfunction to a bodily organ. With respect to a pregnant woman who is having contractions, there is inadequate time for safe transfer to another hospital before delivery or the transfer may pose a threat or safety of the woman or her unborn child.

Medically necessary care means care which is appropriate and consistent with the diagnosis and if not received could adversely affect or fail to improve the patient's condition. It is care that is not cosmetic, experimental or deemed to be non-reimbursable by traditional insurance carriers and governmental payers. It is care that is deemed medically necessary by an examining physician's determination.

- Patient's gross family income is between 0 and 400% of the Federal Poverty Guidelines, adjusted for family size.

NGHS Service Area by Zip Code:

30011, 30017, 30019, 30024, 30028, 30040, 30041, 30043, 30045, 30046, 30052, 30501, 30502, 30503, 30504, 30506, 30507, 30510, 30511, 30512, 30514, 30515, 30517, 30518, 30519, 30523, 30525, 30527, 30528, 30529, 30530, 30531, 30533, 30534, 30535, 30537, 30538, 30542, 30543, 30544, 30545, 30546, 30547, 30548, 30549, 30552, 30554, 30557, 30558, 30562, 30563, 30564, 30565, 30566, 30567, 30568, 30571, 30572, 30573, 30575, 30576, 30577, 30580, 30581, 30582, 30596, 30597, 30598, 30599, 30620, 30622, 30655, 30656, 30666, 30680

Applying for Financial Assistance:

To get help with enrolling in a government-sponsored health coverage program, to learn about the uninsured patient discount policy, to learn about setting up a payment plan or to apply for our Financial Assistance Program, please stop by any Hospital Financial Navigator office, visit us online or call us at the number below.

The Financial Assistance application and policy may be found on the Hospital's website. Printed copies of the Hospital's Financial Assistance Policy or this Plain Language Summary may be obtained including any translation assistance needed, at no charge, by visiting or calling a Hospital Financial Navigator. You may contact a Financial Navigator for a copy of the application, for assistance to complete an application and to discuss any questions you might have. A patient eligible for Financial Assistance can not be charged more than the amounts generally billed (AGB) for emergency or other medically-necessary care.

Financial Assistance Department

Telephone: 770-219-1898

Email: financial.navigation@nghs.com

Website: <https://www.nghs.com/financial-assistance#documents>



Northeast Georgia Health System

Improving the health of our community in all we do.

Política de asistencia financiera

En Northeast Georgia Health System creemos que ninguna persona debería posponer la búsqueda de cuidados médicos debido a la falta de seguro o por tener costos médicos altos. Es por eso que ayudamos a los pacientes a presentar solicitudes para programas de cobertura de salud públicos y ofrecemos descuentos, planes de pago o cuidado gratuito a los pacientes elegibles sin seguro o con cobertura de seguro médico insuficiente para el cuidado médicamente necesario.

Requisitos de elegibilidad para la asistencia financiera

- El paciente recibió cuidado de emergencia
- El paciente recibió o está programado para recibir cuidado médicamente necesario y reside en el área de servicio de Northeast Georgia Health System (definida a continuación)

Cuidado de emergencia significa que si los servicios no se reciben, la salud del paciente se pondría en grave riesgo, el paciente podría sufrir una discapacidad grave de las funciones corporales o una discapacidad grave de un órgano del cuerpo. Con respecto a una mujer embarazada que tiene contracciones, no hay tiempo suficiente para una transferencia segura a otro hospital antes del parto o la transferencia puede representar una amenaza de seguridad para la mujer o su hijo no nacido.

Cuidado médicamente necesario significa cuidado que es apropiado y consistente con el diagnóstico y si no se recibe podría afectar negativamente o no mejorar la condición del paciente. Es cuidado que no es cosmético, experimental o considerado como no reembolsable por las compañías aseguradoras tradicionales y los pagadores del gobierno. Es cuidado que se considera médicamente necesario por la determinación de un médico examinador.

- Los ingresos brutos familiares deben estar entre el 0 y 400% de los niveles federales de pobreza, ajustados según el tamaño de la familia.

Área de servicio de NGHS por código postal: 30011, 30017, 30019, 30024, 30028, 30040, 30041, 30043, 30045, 30046, 30052, 30501, 30502, 30503, 30504, 30506, 30507, 30510, 30511, 30512, 30514, 30515, 30517, 30518, 30519, 30523, 30525, 30527, 30528, 30529, 30530, 30531, 30533, 30534, 30535, 30537, 30538, 30542, 30543, 30544, 30545, 30546, 30547, 30548, 30549, 30552, 30554, 30557, 30558, 30562, 30563, 30564, 30565, 30566, 30567, 30568, 30571, 30572, 30573, 30575, 30576, 30577, 30580, 30581, 30582, 30596, 30597, 30598, 30599, 30620, 30622, 30655, 30656, 30666, 30680

Como solicitar asistencia financiera:

Para recibir ayuda inscribiéndose en un programa de cobertura de salud patrocinado por el gobierno, para conocer acerca de la política de descuento para pacientes con cobertura de seguro médico insuficiente, para conocer cómo establecer un plan de pagos o para presentar una solicitud para nuestro Programa de asistencia financiera, pase por cualquier oficina de Navegador financiero del hospital, visítenos en línea o llámenos al número que se indica a continuación.

La solicitud y la póliza de Asistencia Financiera pueden encontrarse en el sitio web del hospital. Puede obtener copias impresas, sin costo, de la Política e asistencia financiera o de este resumen en lenguaje simple del hospital visitando o llamando al Navegador Financiero del hospital. Puede obtener copias impresas de la póliza de Asistencia Financiera del hospital o de este resumen en lenguaje sencillo —incluida cualquier ayuda de traducción necesaria y sin costo alguno— visitando o llamando a un asesor financiero del hospital. A un paciente elegible para recibir asistencia financiera no se le pueden cobrar importes superiores a las cantidades generalmente facturadas (AGB) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Departamento de Asistencia Financiera

Teléfono: (770) 219-1898

Correo electrónico: financial.navigation@nghs.com

Sitio web: : <https://www.nghs.com/financial-assistance#documents>