

	शीर्षक: रोगी वित्तीय सेवाएं अनुकंपा बिलिंग और वित्तीय सहायता पॉलिसी (FAP)
संदर्भ पुस्तिका: रोगी के खाते नीति/प्रक्रिया पुस्तिका	वितरण: विभागीय
इनके द्वारा अनुशंसित: रोगी वित्तीय सेवा के निदेशक	इनके द्वारा स्वीकृति दी गई: वित्त विभाग के उपाध्यक्ष (VP) और मुख्य वित्तीय अधिकारी (CFO)
प्रभावी दिनांक: जनवरी 2000	संशोधित: अगस्त 2008, सितंबर 2015 नवंबर 2015

HINDI

नीति

इस पॉलिसी का उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि सभी रोगियों को भुगतान करने की क्षमता को ध्यान में न रखते हुए अस्पताल और किसी अन्य पर्याप्त रूप से संबंधित प्रतिष्ठान से आवश्यक आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य जरूरी स्वास्थ्य देखरेख सेवाएं प्राप्त हों।

किसी भी समय किसी भी रोगी को उसकी भुगतान करने की क्षमता या वित्तीय जाँच प्रक्रिया में शामिल होने की इच्छा या क्षमता के आधार पर आवश्यक आपातकालीन चिकित्सीय देखरेख सेवा प्रदान करने से मना नहीं किया जाएगा।

पालिसादेस मेडिकल सेन्टर (HackensackUMC Palisades) ("मेडिकल सेन्टर") की यह नीति है कि मेडिकल सेन्टर से सेवाएं पाने वाले समुदाय के सभी सदस्यों को "अनुकंपा बिलिंग" ("Compassionate Billing") की सुविधा प्रदान की जाए, इनमें ऐसे रोगी भी शामिल हैं, जिन्हें आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से आवश्यक किसी अन्य देखरेख की आवश्यकता हो और जिन्हें बीमा सुरक्षा प्राप्त न हो, ऐसे रोगी जिन्हें बीमा सुरक्षा प्राप्त हो लेकिन जो अपने स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति लाभ कार्यक्रमों द्वारा कवर न होते हों या जिनके सह-भुगतान दायित्वों में कोई वित्तीय कठिनाई हो और जो रोगी उन बीमा उत्पादों के लाभार्थी हों, जिनके साथ में पालिसादेस मेडिकल सेन्टर को नेटवर्क से बाहर का प्रदाता समझा जाता हो।

पालिसादेस मेडिकल सेन्टर द्वारा प्रदान की जाने वाली आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य स्वास्थ्य देखरेख सेवाओं तथा तैयार किए जाने वाले बिलों के लिए अनुकंपा बिलिंग और वित्तीय सहायता पॉलिसी ("FAP") उन्हीं सेवाओं पर लागू है, जिनके बिल पालिसादेस मेडिकल सेन्टर तैयार करता है। जिन सेवाओं के बिल अलग से अन्य सेवा प्रदाताओं, जैसे कि चिकित्सकों द्वारा तैयार किए जाते हैं, उन सेवाओं को FAP में शामिल किए जाने का पात्र नहीं माना जाता है। ऐसी सेवाओं के व्यावसायिक शुल्क आवश्यक रूप से उन चिकित्सकों और उनकी चिकित्सा पद्धतियों द्वारा नियंत्रित होते हैं और रोगियों को उन चिकित्सकों तथा पद्धतियों के साथ अलग से वित्तीय व्यवस्थाएं करनी होती हैं।

अस्पताल सुविधा-केन्द्र में आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य स्वास्थ्य देखरेख सेवा प्रदान करने वाले अस्पताल सुविधा-केन्द्र से भिन्न ऐसे अन्य सभी सेवा प्रदाताओं की सूची परिशिष्ट A में देखी जा सकती है जिसमें यह विनिर्दिष्ट किया गया है कि इनमें से कौन से सेवा प्रदाता FAP में शामिल हैं और कौन से सेवा

प्रदाता इसमें शामिल नहीं हैं। इन प्रदाता सूचियों की तिमाही रूप से समीक्षा की जाएगी और आवश्यक होने पर नवीनतम रूप दिया जाएगा।

FAP में निरंतर और समुचित रूप से लागू ऐसी नीतियां एवं प्रक्रियाएं शामिल हैं, जिनके अनुसार (a) रोगी वित्तीय सेवा विभाग को अपने वित्तीय परामर्शदाताओं के माध्यम से उन रोगियों की पहचान करने के उपाय करने होते हैं जिन्हें बीमा सुरक्षा प्राप्त नहीं है और जो सरकारी या राज्य प्रायोजित या सहायता-प्राप्त चिकित्सीय सहायता पाने के हकदार हैं और ऐसी चिकित्सीय सहायता पाने में उन रोगियों की सहायता करनी होती है, (b) उन रोगियों को प्रभारों में छूट देनी होती है जिन्हें बीमा सुरक्षा प्राप्त नहीं है और जो सरकारी या राज्य प्रायोजित या सहायता-प्राप्त कार्यक्रमों में शामिल होने के हकदार नहीं हैं, लेकिन वे मेडिकल सेन्टर के वित्तीय मानदंडों और भुगतान अपेक्षाओं को पूरा करते हैं, (c) फी-फॉर-सर्विस या केस रेट आधार पर कुछ ऐसी सेवाएं प्रदान करनी होती हैं जो कि सामान्यतया तीसरे पक्ष के भुगतान कार्यक्रमों में शामिल न हों या जिन सेवाओं को चिकित्सीय रूप से आवश्यक न माना जाता हो और वे फीसों और दरों प्रभारों में छूट दर्शाएं, (d) सिद्ध वित्तीय कठिनाई के मामलों में रोगी के सह-भुगतान में कमी करने या उसे ऐसे भुगतान से छूट देने की अनुमति दी जानी होती है और (e) उन तीसरे पक्षों के भुगतान कार्यक्रमों के लाभार्थियों को प्रदान की गई सेवाओं के लिए रोगियों के सह-भुगतानों में कमी करने या उन्हें ऐसे भुगतान से छूट देने की अनुमति दी जानी होती है जिनके संबंध में मेडिकल सेन्टर को सेवा प्रदाताओं के नेटवर्क से बाहर माना जाता है। कृपया अतिरिक्त जानकारी के लिए अलग स्वयं भुगतान पॉलिसी में निर्धारित मानदंड देखें।

मेडिकल सेन्टर की पात्रता बीमा की स्थिति और व्यक्ति की पारिवारिक आय पर आधारित होती है। मेडिकल सेन्टर की FAP में वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने का तरीका शामिल है।

उचित बिल पद्धतियां/FAP से सहायता:

मेडिकल सेन्टर वास्तव में प्रदान की गई सेवाओं के बिल ही रोगियों या तीसरे पक्षों को भेजेगा। प्रश्न पूछने वाले या स्वयं आवेदन प्रक्रिया संपन्न न कर पाने वाले व्यक्तियों को सहायता प्रदान की जाएगी। ऐसी सहायता के जरूरतमंद व्यक्ति पालिसादेस मेडिकल सेन्टर के रोगी वित्तीय सेवा विभाग (Patient Financial Services Dept.) से 7600 River Road, North Bergen, NJ 07047 पर संपर्क कर सकते हैं या 201-854-5092 नंबर पर फोन कर सकते हैं।

आवेदन:

FAP केवल उन सभी आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य स्वास्थ्य देखरेख सेवाओं पर लागू है जिन सेवाओं को मेडिकल सेन्टर प्रदान करता है और जिनके बिल तैयार करता है तथा इन सेवाओं में आंतरिक रोगी व बाहरी रोगी सेवाएं शामिल हैं। FAP अन्य सेवाओं या मेडिकल सेन्टर के सुविधा केंद्रों में प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए चिकित्सकों, मेडिकल प्रैक्टिसों या अन्य प्रदाताओं द्वारा लिए जाने वाले और एकत्र किए जाने वाले व्यावसायिक शुल्कों पर लागू नहीं है जिनमें उदाहरण के लिए अस्पताल के चिकित्सकों, जैसे कि रेडियोलोजिस्ट, एनेस्थीसियोलोजिस्ट, आपातकालीन विभाग के चिकित्सकों और पैथोलोजिस्ट द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं शामिल हैं। अस्पताल सुविधा-केन्द्र में आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य स्वास्थ्य देखरेख सेवा प्रदान करने वाले अस्पताल सुविधा-केंद्र से भिन्न ऐसे अन्य सभी प्रदाताओं की सूची परिशिष्ट A में देखी जा सकती है, जिसमें यह भी विनिर्दिष्ट किया गया है कि इनमें से कौन-से प्रदाता FAP में शामिल हैं और कौन-से प्रदाता इसमें शामिल नहीं हैं।

आवेदन कैसे करें/व्यापक रूप से प्रचार करना:

FAP, सरल भाषा सार ("PLS") और इससे संबंधित आवेदन फॉर्म ("आवेदन") आगे दिए गए तरीके से सुस्पष्ट रूप से दर्शाया जाएगा:

- दस्तावेजों को पालिसादेस मेडिकल सेन्टर की वेबसाइट से डाउनलोड करें: <https://www.palisadesmedical.org>.
- FAP, आवेदन और PLS की कागजी प्रतियां डाक से मुफ्त में मंगाई जा सकती हैं तथा ये प्रतियां मुख्य पंजीकरण डेस्क, आपातकाल कक्ष और रोगी वित्तीय सेवा विभाग सहित पूरे मेडिकल सेन्टर में विभिन्न स्थानों पर उपलब्ध कराई जाती हैं।
- मेडिकल सेन्टर के रोगी वित्तीय सेवा विभाग को 201-854-5092 नंबर पर फोन करके ये दस्तावेज डाक से भेजे जाने का अनुरोध करें।
- स्वयं आना (पहली मंज़िल - लॉबी):
 HackensackUMC Palisades
 Patient Financial Services Department
 7600 River Road
 North Bergen, New Jersey 07047.
- पूरे भरे हुए आवेदन डाक से भेजें या स्वयं इसे प्रस्तुत करें (आवेदन अनुदेशों में वर्णित समस्त दस्तावेजों/जानकारी के साथ):
 HackensackUMC Palisades
 Patient Financial Services Department
 7600 River Road
 North Bergen, New Jersey 07047
- साइनबोर्ड या डिस्प्ले सार्वजनिक स्थानों पर लगाए जाएंगे जिनमें ऐसे मुख्य पंजीकरण डेस्क, आपातकाल कक्ष और रोगी वित्तीय सेवा कार्यालय शामिल हैं जो कि रोगियों को वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में सूचित करते हैं और इसकी जानकारी देते हैं।
- पेशेंट ऐक्सेस/इनटेक प्रोसेस के भाग के रूप में एक PLS सभी रोगियों को उपलब्ध कराया जाएगा।

यदि किसी आवेदक के पास पारिवारिक आय सिद्ध करने वाले दस्तावेज न हों, तो आवेदक वित्तीय सहायता की पात्रता दर्शाने के लिए प्रस्तुत किए जा सकने वाले अन्य दस्तावेजों के बारे में चर्चा करने के लिए रोगी वित्तीय सेवाएं विभाग (Patient Financial Services) से संपर्क कर सकता है।

सभी आवेदन अस्पताल से छुट्टी के बाद बिल विवरण जारी किए जाने की तारीख से बारह (12) महीनों में अवश्य पूरे किए जाने चाहिए। यदि मेडिकल सेन्टर को कोई अधूरा आवेदन प्राप्त होता है, तो रोगी या वित्तीय जिम्मेदारी संभाल रहे व्यक्ति को लिखित नोटिस दिया जाएगा जिसमें FAP की पात्रता निर्धारित करने के लिए आवश्यक अतिरिक्त जानकारी और/या दस्तावेज का विवरण दिया जाएगा। रोगी या वित्तीय जिम्मेदारी संभाल रहे व्यक्ति को पालिसादेस द्वारा मांगी गई किसी अतिरिक्त जानकारी सहित भरा हुआ आवेदन प्रस्तुत करने के लिए 30 दिनों से अधिक या आवेदन अवधि (अस्पताल से छुट्टी के बाद पहला बिल विवरण जारी किए जाने की तारीख से 365 दिन) के शेष दिनों का समय दिया जाएगा।

मेडिकल सेन्टर अपने FAP, आवेदन और PLS का ऐसी अन्य भाषाओं में भी अनुवाद करता है जो कि मेडिकल सेन्टर से संभावित रूप से प्रभावित होने वाले या इसके कार्यक्षेत्र में आने वाले व्यक्तियों की जनसंख्या में से सेन्टर की सेवाएं पाने वाले समुदाय के निवासियों की 5 प्रतिशत या 1,000 आबादी, जो भी कम हो, की मुख्य भाषा हो। FAP की अनूदित प्रतियां उपर्युक्त पते पर स्वयं मांगे जाने पर उपलब्ध कराई जाती हैं; और मेडिकल सेन्टर की वेबसाइट www.palisadesmedical.org पर उपलब्ध हैं।

प्रयोजन:

इस FAP का उद्देश्य प्रायः स्वास्थ्य देखरेख सेवाएं प्राप्त करने में बाधा बनने वाली वित्तीय अड़चनों का सामना करने में रोगियों की मदद करना है। इस FAP को ऐसी प्रक्रियाओं के माध्यम से लागू किया जाता है, जिनके लिए मेडिकेड, पारिवारिक देखरेख (Family Care) और धर्मार्थ देखरेख (Charity Care) कार्यक्रमों सहित सरकारी प्रायोजित या सहायता-प्राप्त चिकित्सीय सहायता कार्यक्रमों के लिए पात्रता का निर्धारण करना होता है जो कि शुल्कों और निश्चित आवर्ती परिस्थितियों में कमी संबंधी मानक प्रदान करते हैं जैसे कि कवर न की गई सेवाएं और नेटवर्क से बाहर के लाभ, तथा जिनमें तर्कसंगत रूप से सिद्ध वित्तीय कठिनाई होने पर मामला-दर-मामला आधार पर शुल्क में कमी की अनुमति दी जाती है। सभी मामलों में, FAP का उद्देश्य रोगी वित्तीय सेवा विभाग को हमारे समुदाय की जरूरतों के लिए संवेदनशीलता दर्शाने के अवसर प्रदान करना और साथ ही मेडिकल सेन्टर की आवश्यकता को वित्तीय रूप से जिम्मेदार होने के लिए बढ़ावा देना और सभी लागू संघीय एवं राज्य कानूनों का अनुपालन करना है।

NJ चैरिटी केयर (चैरिटी केयर):

कोई स्वास्थ्य बीमा कवरेज न हो या ऐसी कवरेज हो जो बिल के केवल कुछ भाग का ही भुगतान करती हो;

- जो किसी निजी या सरकार द्वारा प्रायोजित कवरेज के लिए अयोग्य हों; और
- राज्य द्वारा निर्धारित आय एवं परिसंपत्तियों, दोनों से संबंधित पात्रता मानदंडों को पूरा करना।

न्यू जर्सी चैरिटी केयर राज्य द्वारा चलाया जा रहा कार्यक्रम है, जो कि न्यू जर्सी के उन निवासियों को उपलब्ध है जो:

चैरिटी केयर के लिए पात्र होने के लिए आवश्यक अतिरिक्त मानदंड:

- संघीय गरीबी स्तर ("FPL") के 200% से कम पारिवारिक आय वाले रोगियों के 100% प्रभारों और FPL के 200% से 300% के बीच की पारिवारिक आय वाले रोगियों और उनके परिवारों के प्रभारों के कुछ अंश को कवर करने वाले चैरिटी केयर कार्यक्रम के लिए रोगियों की जाँच की जाएगी। न्यू जर्सी विभाग की स्वास्थ्य शुल्क अनुसूची के उपयोग से मुफ्त देखरेख या आंशिक रूप से कवर किए जाने वाले प्रभारों का निर्धारण किया जाएगा।
- चैरिटी केयर पात्रता सीमाएं व्यक्तिगत परिसंपत्ति की \$7,500 और पारिवारिक परिसंपत्ति की \$15,000 की सीमाएं हैं।
- इस खंड के प्रयोजनार्थ परिवार के उन सभी सदस्यों की परिसंपत्तियों पर अवश्य विचार किया जाना चाहिए जो कि N.J.A.C. 10:52-11.8(a) में परिभाषित कानूनी रूप से पूर्णतः जिम्मेदार व्यक्ति हैं।

अस्पताल सेवा नियमावली N.J.A.C. 10:52 के चैरिटी केयर खंड के अनुसार अपेक्षित दस्तावेजों में ये शामिल हैं:

- समुचित रोगी एवं परिवार निर्धारण दस्तावेज। इसमें आगे दर्शाए गए दस्तावेजों में से कोई भी दस्तावेज शामिल हो सकता है: ड्राइवर लाइसेंस, सामाजिक सुरक्षा कार्ड, एलियन रजिस्ट्री कार्ड, जन्म प्रमाणपत्र, पेयचेक स्टब, पासपोर्ट, वीसा इत्यादि।
- सेवा की तारीख तक न्यू जर्सी में निवास का प्रमाण (ध्यान दें: आपातकालीन देखरेख निवास संबंधी अपेक्षा के लिए अपवाद है)। इसमें आगे दर्शाए गए दस्तावेजों में से कोई भी दस्तावेज शामिल हो सकता है: ड्राइवर लाइसेंस, मतदाता पंजीकरण कार्ड, यूनिजन सदस्यता कार्ड, बीमा या कल्याण योजना पहचान पत्र, छात्र पहचान पत्र, यूटीलिटी बिल, संघीय आयकर विवरणी, राज्य आयकर विवरणी, या बेरोजगारी लाभ विवरण।
- सकल आय का प्रमाण। इसमें वह ब्यौरा शामिल होना चाहिए जो कि रोगी की सकल आय के निर्धारण के लिए अस्पताल को चाहिए (इनमें से एक):

- सेवाओं से पहले 12 महीने की वास्तविक सकल आय।
 - सेवाओं से पहले 3 महीने की वास्तविक सकल आय।
 - सेवाओं से तत्काल पहले वाले माह की वास्तविक सकल आय।
- सेवा की तारीख को परिसंपत्तियों का प्रमाण। ये ऐसी मदें हैं जिन्हें तत्काल नकद राशि में बदला जा सकता है।

यदि किसी पारिवारिक आय कोई सूचना नहीं दी जाती है, तो यह जानकारी देनी होगी कि रोजमर्रा की जरूरतों को कैसे पूरा किया जाता है। पात्रता की पुष्टि के लिए कभी-कभी अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता हो सकती है। ऐसे दस्तावेजों में विवाह प्रमाणपत्र या तलाक की डिक्री शामिल हो सकते हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं।

NJ बीमा सुरक्षा रहित छूट:

N.J.S.A. 26:2H-12.52 के अंतर्गत छूट पर देखरेख के लिए पात्रता:

बीमा सुरक्षा रहित रोगियों जो न्यू जर्सी के निवासी हैं और जिनकी कुल पारिवारिक आय FPL के 500% से कम है, वे रोगी छूट पर देखरेख के पात्र होंगे। चैरिटी केयर पर लागू और ऊपर वर्णित दस्तावेजों संबंधी अपेक्षाएं इस खंड के अंतर्गत पात्रता निर्धारण पर लागू होती हैं, लेकिन व्यक्तिगत और पारिवारिक परिसंपत्ति सीमाएं इस खंड के अंतर्गत छूट पर देखरेख की पात्रता पर लागू नहीं होंगी। इन मामलों में, छूट पर देखरेख के लिए FAP पात्र निर्धारित किए जाने वाले रोगियों से AGB या मेडिकेयर के 115% से कम प्रभार लिया जाएगा।

प्रक्रिया:

1. वित्तीय जाँच।

पंजीकरण प्रक्रिया के दौरान सभी रोगियों से अन्य अपेक्षित पहचान दस्तावेजों के अतिरिक्त बीमा दस्तावेज प्रस्तुत करने को कहा जाएगा। किसी सरकारी या राज्य प्रायोजित स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रम में भागीदारी सहित बीमा दस्तावेज प्रस्तुत न कर पाने वाले किसी रोगी को वित्तीय जाँच करने के लिए मेडिकल सेन्टर के लिए आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराने को कहा जाएगा। वित्तीय जाँच न्यू जर्सी अस्पताल देखरेख सहायता कार्यक्रम के अनुसार की जाएगी।

वित्तीय जाँच का उपयोग मेडिकेड, पारिवारिक देखरेख, चैरिटी केयर सहायता या अन्य सरकारी प्रायोजित या सहायता-प्राप्त कार्यक्रमों, या FAP के अंतर्गत मेडिकल सेन्टर द्वारा उपलब्ध कराई जाने वाली स्वयं भुगतान फीस शेड्यूल के अंतर्गत चिकित्सीय सहायता के लिए रोगी की पात्रता का निर्धारण करने के लिए किया जाएगा।

आपातकाल की दशा या ऐसी अन्य परिस्थितियों को छोड़ कर, जब ऐसा करना संभव न हो, तब मेडिकल सेन्टर प्रत्येक रोगी को सेवाएं प्रदान किए जाने से पहले वित्तीय जाँच करने के लिए आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराने को कहेगा। आपातकाल की दशा में अथवा यदि अन्य परिस्थितियों में पहले से जाँच करना संभव न हो, अथवा यदि रोगी पहले जाँच पर आपत्ति करे, तो सेवाएं प्रदान किए जाने के बाद किसी भी समय वित्तीय जाँच की जा सकती है। वित्तीय परामर्शदाता बीमा सुरक्षा रहित रोगियों को सेवाएं प्रदान किए जाने के बाद भी वित्तीय जाँच में भाग लेने को प्रोत्साहित करेंगे।

किसी भी परिस्थिति में किसी भी रोगी को उसकी भुगतान करने की क्षमता या वित्तीय जाँच प्रक्रिया में भागीदारी करने की इच्छा या क्षमता के आधार पर आपात चिकित्सीय देखरेख से वंचित नहीं किया जाएगा।

2. मेडिकेड; फेमिली केयर; चैरिटी केयर।

यदि कोई रोगी मेडिकेड या फेमिली केयर या अन्य सरकारी प्रायोजित चिकित्सीय प्रतिपूर्ति कार्यक्रमों में भाग लेने के वित्तीय और अन्य मानदंडों को पूरा करता है, तो वित्तीय परामर्शदाता उस रोगी को उपलब्ध कवरेज के लिए पंजीकरण कराने के लिए उपयुक्त आवेदन और आवश्यक पूरक दस्तावेज़ उपलब्ध कराएंगे और आवेदन भरने और जमा करने में उसकी सहायता करेंगे। यदि रोगी मेडिकेड, फेमिली केयर या अन्य किन्हीं सरकारी प्रायोजित स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रम के लिए पात्र हो, तो मेडिकल सेन्टर की फीस और इसकी बिलिंग तथा ऐसी फीस को एकत्र किया जाना लागू कार्यक्रम या कार्यक्रमों से नियंत्रित होगा।

यदि रोगी मेडिकेड या फेमिली केयर या अन्य किन्हीं नियमित रूप से उपलब्ध सरकारी प्रायोजित स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रम के लिए पात्र न हो तो चैरिटी देखरेख सहायता (Charity Care Assistance) के लिए रोगी की पात्रता का निर्धारण किया जाएगा। यदि रोगी चैरिटी देखरेख सहायता का पात्र हो, तो मेडिकल सेन्टर अपने द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की फीस और प्रभारों को NJ चैरिटी देखरेख सहायता कार्यक्रम को नियंत्रित करने वाली नीतियों और प्रक्रियाओं के अनुसार कम करेगा या उनके भुगतान से छूट प्रदान करेगा।

शामिल न की गई सेवाएं:

1. शामिल न की गई सेवाओं का निर्धारण।

मेडिकल सेन्टर यह मानता है कि रोगी प्रायः ऐसी स्वास्थ्य देखरेख सेवाएं चाहते हैं या उन्हें ऐसी सेवाओं की जरूरत होती है जो कि उपलब्ध सरकारी या राज्य प्रायोजित या निजी स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रमों में शामिल नहीं होती हैं। रोगी वित्तीय सेवा विभाग (Patient Financial Services Department) उन विशिष्ट सेवाओं या सेवाओं की श्रेणियों का निर्धारण कर सकता है जो कि प्रायः सामान्यतः उपलब्ध स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति योजनाओं में शामिल नहीं की जाती हैं, लेकिन मेडिकल सेन्टर द्वारा सेवा प्रदान किए जाने वाले समुदाय के सदस्य उनकी मांग करते हैं। ऐसी सेवाओं का उल्लेख इसमें केवल सुविधा के लिए “शामिल न की गई सेवाएं” के रूप में किया गया है।

इस पॉलिसी को अपनाए जाने पर, रोगी वित्तीय सेवा विभाग ने उन विभिन्न सेवाओं और प्रक्रियाओं का निर्धारण किया है और उनके शुल्क तय किए हैं जिन्हें शामिल न की गई सेवाओं के रूप में चिकित्सीय रूप से आवश्यक नहीं माना जाता है। हो सकता है कि आमतौर पर ये सेवाएं चिकित्सीय रूप से आवश्यक न हों लेकिन अपवाद मौजूद हो सकते हैं।

2. आंतरिक रोगी और बाहरी रोगी भुगतान अपेक्षाएं।

स्व-भुगतान पॉलिसी के अंतर्गत निर्धारित सभी शामिल न की गई सेवाओं के लिए, इस पॉलिसी में वर्णित भुगतान प्रावधान लागू होंगे।

रोगी सह-भुगतान

मेडिकल सेन्टर की यह पॉलिसी है कि आमतौर पर सभी रोगी सह-भुगतानों के बिल तैयार किए जाएं और वे भुगतान प्राप्त किए जाएं जिनमें उदाहरण के लिए स्वास्थ्य रखरखाव संगठनों द्वारा सेवा की तारीख को प्राप्त किए जाने के लिए अपेक्षित सह-भुगतान, पारंपरिक बीमा योजनाओं संबंधी कटौतियां या नेटवर्क से बाहर के लाभ तथा सह-बीमा राशियां, जब कभी लागू सरकारी या राज्य प्रायोजित या निजी स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रम के अंतर्गत अपेक्षित हों, शामिल हैं।

मेडिकल सेन्टर यह मानता है कि रोगी सह-भुगतानों के कारण स्वास्थ्य देखरेख सेवाओं की प्राप्ति सीमित हो सकती है या अन्यथा वैयक्तिक रोगियों को वित्तीय कठिनाइयों का सामना करना पड़ सकता है। इसीलिए इस FAP को बढ़ावा देने तथा यह सुनिश्चित करने के लिए कि मेडिकल सेन्टर से सेवाएं पाने वाले समुदाय के सभी सदस्य मेडिकल सेन्टर में स्वास्थ्य देखरेख सेवाएं प्राप्त कर पाएं, रोगी वित्तीय सेवा विभाग आगे वर्णित प्रक्रियाओं का

कड़ाई से अनुपालन करते हुए कुछ रोगी सह-भुगतानों को कम कर सकता है या रोगी को उनसे छूट प्रदान कर सकता है।

1. सरकारी भुगतानकर्ता।

मेडिकल सेन्टर मेडिकेयर और मेडिकेड सहित उन सरकारी प्रायोजित स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रमों के अंतर्गत सभी दायित्वों का अनुपालन करेगा जिनमें यह सेन्टर भाग लेता है। इसके अनुसार, मेडिकल सेन्टर ऐसे कार्यक्रमों के सभी लाभार्थियों से कटौतियों और सह-बीमा राशियों सहित सह-भुगतान लेने के लिए ईमानदार प्रयास करेगा। आगे वर्णित कठिनाई के कारण छूट संबंधी प्रक्रियाओं के अनुसार दी जाने वाली छूट को छोड़ कर मेडिकल सेन्टर सह-भुगतानों से छूट प्रदान नहीं कर सकता है या इन्हें कम नहीं कर सकता है।

2. गैर-सरकारी भुगतानकर्ता।

मेडिकल सेन्टर स्वास्थ्य देखरेख संगठनों, वाणिज्यिक बीमा कैरियरों, वरीय प्रदाता संगठनों और अन्य गैर-सरकारी स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रमों से संबंधित अपने संविदात्मक दायित्वों का अनुपालन करेगा। इसके अनुसार, मेडिकल सेन्टर ऐसे कार्यक्रमों के सभी लाभार्थियों से कटौतियों, सेवा-स्थल सह-भुगतानों और सह-बीमा राशियों, जब कभी इन कार्यक्रमों के अंतर्गत अपेक्षित हो, सहित सह-भुगतान एकत्र करने के ईमानदार प्रयास करेगा। यदि मेडिकल सेन्टर और तीसरे पक्ष के भुगतानकर्ता के बीच लागू भागीदारी करार या अन्य संविदा के अंतर्गत अन्यथा स्पष्ट अनुमति न दी गई हो, तो मेडिकल सेन्टर नीचे वर्णित कठिनाई के कारण छूट संबंधी प्रक्रियाओं के अनुसार दी जाने वाली छूट को छोड़ कर इन कार्यक्रमों के अंतर्गत रोगी को सह-भुगतानों से छूट प्रदान नहीं कर सकता है या उनमें कमी नहीं कर सकता है तथा ऐसे मामलों में भी छूट तभी दी जा सकती है जब कि कठिनाई के कारण छूट लागू भागीदारी करार या अन्य संविदा के अंतर्गत या इस FAP के अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए पात्र व्यक्तियों के लिए मना न हो।

3. कठिनाई के कारण छूट।

मामला-दर-मामला आधार पर रोगी वित्तीय सेवा विभाग किसी रोगी विशेष की वित्तीय कठिनाई पर विचार करके किसी ऐसे सरकारी प्रायोजित स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रम या निजी स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रम के अंतर्गत अपेक्षित सह-भुगतान से छूट प्रदान करने का निर्णय ले सकता है जिसमें यह भाग लेता है। फिर भी, वह ऐसा तभी कर सकता है जब (i) मेडिकल सेन्टर रोगी को बिल भेजे और अपनी सामान्य बिलिंग एवं संग्रहण प्रक्रियाओं के अनुसार सह-भुगतान का संग्रहण करे, (ii) रोगी के खाते की स्थिति ऐसी हो कि उस पर अन्यथा आमतौर पर मेडिकल सेन्टर के चूककर्ता खातों संबंधी संग्रहण प्रक्रियाओं को लागू करना पड़े, (iii) रोगी या अन्यथा जिम्मेदार पक्षकार कठिनाई के कारण छूट दिए जाने का अनुरोध करे और रोगी या अन्य जिम्मेदार पक्षकार वित्तीय जाँच नीति के अनुसार वित्तीय जाँच करने के लिए अपेक्षित जानकारियाँ और दस्तावेज रोगी वित्तीय सेवा विभाग को उपलब्ध कराए, (iv) वित्तीय जाँच से प्राप्त जानकारियों के विश्लेषण से यह सिद्ध होता हो कि रोगी बकाया सह-भुगतान करने में असमर्थ है, (v) रोगी के वित्तीय रिकॉर्डों के साथ-साथ पूर्वोक्त चरणों का समुचित दस्तावेजी ब्यौरा रखा जाए, और (iv) छूट दिए जाने का निर्णय मुख्य वित्तीय अधिकारी या उसके नामिति के परामर्श से वित्तीय आयोजना प्रबंधक (Financial Planning Manager) द्वारा अनुमोदित किया जाए।

4. नेटवर्क से बाहर की सेवाओं का समायोजन।

रोगी वित्तीय सेवा विभाग ऐसे गैर-सरकारी स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रमों का निर्धारण कर सकता है जिनमें मेडिकल सेन्टर द्वारा सेवाएं प्रदान किए जाने वाले समुदाय के पर्याप्त सदस्य शामिल हों, लेकिन जिनके साथ मेडिकल सेन्टर नेटवर्क के प्रदाता के रूप में शामिल न हो। रोगी वित्तीय सेवा विभाग को ऐसे गैर-सरकारी

भुगतानकर्ताओं के साथ करार करना वरीय मानना चाहिए, लेकिन यह पॉलिसी मेडिकल सेन्टर को भाग लेने या प्रतिकूल नियमों या शर्तों को स्वीकार करने के लिए बाध्य नहीं करती है।

मेडिकल सेन्टर द्वारा सेवा प्रदान किए जाने वाले समुदाय के बीमाकृत और बीमारहित सदस्यों सहित सभी सदस्यों को FAP के लाभ प्रदान करने, तथा अपने समुदाय के लिए स्वास्थ्य देखरेख सेवाओं की उपलब्धता बढ़ाने के उद्देश्य से मेडिकल सेन्टर उन गैर-सरकारी प्रायोजित या सहायता-प्राप्त स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति योजनाओं के लाभार्थियों को सह-भुगतानों से छूट प्रदान करने या कम भुगतानों को स्वीकार करने का निर्णय ले सकता है जिनके साथ सेन्टर का संविदात्मक संबंध नहीं है अर्थात् जिनके साथ मेडिकल सेन्टर नेटवर्क से बाहर का प्रदाता माना जाता है। रोगी वित्तीय सेवा विभाग इस विवेकाधीन छूट या समायोजन को वित्तीय जाँच किए बिना या वित्तीय कठिनाई को सिद्ध किए बिना लागू कर सकता है, लेकिन ऐसा निम्नलिखित सिद्धांतों का कड़ाई से अनुपालन करके ही किया जाना चाहिए:

a. नीचे वर्णन की गई परिस्थितियों को छोड़ कर, विवेकाधीन छूट या समायोजन मेडिकल सेन्टर के विवेकाधिकार के अधीन रहना चाहिए: किसी भी रोगी, या रोगियों का प्रतिनिधित्व करने वाले किसी संगठन, या किसी नियोक्ता, या किसी चिकित्सक या अन्य किसी स्वास्थ्य देखरेख सेवा प्रदाता के साथ ऐसा कोई करार या संविदा पेश नहीं किया जाना चाहिए या करना नहीं चाहिए, जिनके अनुसार मेडिकल सेन्टर सह-भुगतानों से छूट प्रदान करने या नेटवर्क से बाहर के लाभ के संबंध में अन्य समायोजन करने के लिए बाध्य हो। फिर भी, मेडिकल सेन्टर अनुप्रयोजनीय तीसरे पक्ष के भुगतानकर्ता के साथ सीधे ऐसा करार कर सकता है जिसके अंतर्गत यह नेटवर्क से बाहर रहे, लेकिन जिसमें नेटवर्क के लाभार्थियों के लिए कुछ छूटों या अन्य समायोजनों का प्रावधान किया गया हो।

b. विवेकाधीन छूट या समायोजन को मुख्य वित्तीय अधिकारी (Chief Financial Officer) के परामर्श से ऋण विभाग (Credit Department) द्वारा अनुमोदित किया जाना होगा। यदि विवेकाधीन छूट या समायोजन लागू हो या लागू किया जाएगा या इस प्रकार या स्वरूप का हो कि उसे किसी नियमित तरीके से लागू किया जा सकता हो, तो उसे मुख्य कार्यकारी अधिकारी (Chief Executive Officer) के परामर्श से मुख्य वित्तीय अधिकारी द्वारा अनुमोदित किया जाना होगा।

c. यदि विवेकाधीन छूट या समायोजन लागू हो या लागू होगा या इस प्रकार या स्वरूप का हो कि उसे किसी नियमित तरीके से लागू किया जा सकता हो, तो मेडिकल सेन्टर को ऐसी छूट देने या अन्य समायोजन करने के अपने इरादे का लिखित नोटिस अनुप्रयोजनीय भुगतानकर्ता को देना होगा। ऐसा नोटिस इस प्रकार और स्वरूप का अवश्य होना चाहिए कि भुगतानकर्ता को उसके इरादे की पर्याप्त जानकारी प्राप्त हो जाए। ऐसा नोटिस, उदाहरण के लिए, प्रत्येक कागजी बीमा दावे के साथ संलग्न विवरण या प्रत्येक इलेक्ट्रॉनिक दावे के टिप्पणियों के खंड में अंतर्विष्ट विवरण या ऐसे नोटिसों को स्वीकार करने और उन पर कार्रवाई करने के लिए पर्याप्त रूप से प्राधिकृत भुगतानकर्ता के किसी अधिकारी को दिए जाने वाले सामान्य नोटिस के रूप में हो सकता है। ऐसे विवरण या नोटिस को मुख्य कार्यकारी अधिकारी के परामर्श से मुख्य वित्तीय अधिकारी द्वारा अनुमोदित किया जाना होगा।

d. विवेकाधीन छूट या समायोजन का प्रावधान तभी किया जा सकता है जब रोगी के स्वास्थ्य देखरेख लाभों में से किसी भी भाग का वित्तपोषण या भुगतान किसी सरकारी प्रायोजित स्वास्थ्य देखरेख प्रतिपूर्ति कार्यक्रम, जैसे कि मेडिकेयर द्वारा न किया गया हो, चाहे ऐसे सरकारी लाभ प्राथमिक हों या गौण।

आमतौर पर बिल की जाने वाली राशियाँ (“AGB”)

मेडिकल सेन्टर ने अपने प्रत्येक अस्पताल के सुविधा-केंद्रों के लिए AGB % की गणना करने के लिए पूर्ववृत्त पर आधारित तरीके, सेवा तथा निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं हेतु मेडिकेयर शुल्क का उपयोग किया। इस तरीके का प्रयोग करते हुए मेडिकल सेन्टर ने FAP पात्र व्यक्तियों को अपने द्वारा प्रदान की जाने वाली किसी आपातकालिक या चिकित्सीय रूप से आवश्यक किसी अन्य देखरेख के सकल प्रभारों को उनके किसी प्रतिशत से गुणा करके AGB का परिकलन किया। AGB के प्रतिशत की वार्षिक गणना बारह (12) महीनों की अवधि में सेवा तथा निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं के लिए मेडिकेयर शुल्क द्वारा स्वीकृत सभी दावों पर, उन दावों के लिए जुड़े सकल प्रभारों की राशि से विभाजित करने के आधार पर की जाती है।

इसके परिणामस्वरूप प्राप्त होने वाला AGB प्रतिशत 18.72 है।

मेडिकल सेन्टर किसी रोगी द्वारा देय अधिकतम राशि की गणना AGB प्रतिशत को सकल प्रभारों से गुणा करके करता है। सकल प्रभार का अर्थ किसी भी संविदात्मक भत्ते, छूट, या कटौती को लागू करने से पहले चिकित्सीय देखरेख का ऐसा पूर्ण, नियत मूल्य है जो मेडिकल सेन्टर द्वारा रोगियों से वसूला जाता है।

ऊपर वर्णित किसी भी वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए पात्र निर्धारित होने वाले रोगियों से AGB से कम या जिन कार्यक्रमों के लिए वे पात्र हों, उन कार्यक्रमों के माध्यम से उपलब्ध रियायती दर पर प्रभार लिए जाएंगे।