PennState Health

रोगी क्रेडिट और संग्रह संबंधी नीति	RC-002
Penn State Health का राजस्व चक्र (Revenue Cycle)	प्रभावी होने की तारीख: नवंबर 2023

कार्य-क्षेत्र और उद्देश्य *यह दस्तावेज़ नीचे निर्दिष्ट Penn State Health (PSH) के घटकों से जुड़े लोगों और प्रक्रियाओं पर लागू होता है:*

X	Penn State Health से जुड़ी साझा सेवाएँ		Penn State College of Medicine
X	Milton S. Hershey Medical Center	X	चिकित्सा समूह – शैक्षणिक अभ्यास प्रभाग (Academic Practice Division)
X	St. Joseph Medical Center	X	चिकित्सा समूह – समुदाय अभ्यास प्रभाग (Community Practice Division)
X	Holy Spirit Medical Center	X	Penn State Health Life Lion, LLC
X	Hampden Medical Center	X	Pennsylvania Psychiatric Institute – 12/23 से प्रभावी
X	Lancaster Medical Center		

नीति वक्तव्य

बिलिंग, संग्रह और वसूली संबंधी कार्यों के संचालन के लिए स्पष्ट और सुसंगत दिशा-निर्देशों को इस तरीके से उपलब्ध कराना जिससे अनुपालन, रोगी संतुष्टि और दक्षता को बढ़ावा मिले। बिलिंग स्टेटमेंट्स, लिखित पत्राचार और फ़ोन कॉल्स के प्रयोग के माध्यम से, Penn State Health (PSH) राजस्व चक्र विभाग रोगियों/गारंटरों को उनकी वित्तीय ज़िम्मेदारियों और उपलब्ध वित्तीय सहायता विकल्पों की सूचना देने के लिए लगातार कोशिश करेगा, इसके साथ-साथ देखभाल की वित्तीय निरंतरता के दौरान पारदर्शिता सुनिश्चित करते हुए बकाया खातों के संबंध में रोगियों/गारंटरों के साथ सहयोग करेगा। यह नीति आंतरिक आय संहिता के सेक्शन 501(r) और समेकित विनियोग अधिनियम (Consolidated Appropriations Act), 2021 में शामिल "कोई आश्चर्य नहीं अधिनियम (No Surprises Act)" में उल्लिखित अनिवार्यताओं के मुताबिक है।

पंजीकरण, बिलिंग स्टाफ़ और वित्तीय सलाहकारों पर लागू होता है

परिभाषाएँ

आमतौर पर बिल की गई राशि (Amount Generally Billed, AGB) परिभाषा: सकल शुल्क पर AGB या सीमा की गणना PSH द्वारा आंतरिक आय संबंधी सेवा (Internal Revenue Service, IRS) 501R अंतिम नियम के अनुसार लुकबैक मैथेठोलॉजी का उपयोग करके की जाती है। PSH निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं और Medicare द्वारा भुगतान किए गए सभी दावों के औसत भुगतान की गणना करने के लिए इस तरीके का इस्तेमाल करेगा। योग्य लोगों से केवल आपातकालीन या केवल चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए बिल की गई राशि से अधिक शुल्क नहीं लिया जाएगा। PSH अनुरोध करने वाले रोगियों को मौजूदा AGB गणना की एक मुफ़्त लिखित प्रति उपलब्ध कराएगा। इसे चैरिटी केयर (वित्तीय

सहायता) छूट के साथ भ्रमित नहीं होना चाहिए, जोकि व्यक्तियों के वित्तीय सहायता कार्यक्रम (Financial Assistance Program, FAP) स्वीकृत होने पर 100% पर लागू होती है।

आपातकालीन चिकित्सा स्थिति – ऐसी चिकित्सा स्थिति जो पर्याप्त गंभीरता) गंभीर दर्द सहित (के तेज़ी से उभरने वाले लक्षणों से प्रकट होती है ,जैसे कि एक विवेकपूर्ण आम व्यक्ति ,जिसके पास स्वास्थ्य और चिकित्सा का औसत ज्ञान है ,व्यक्ति के स्वास्थ्य) या ,गर्भवती महिला के संबंध में ,महिला या उसके अजन्मे बच्चे के स्वास्थ्य के संबंध में (को गंभीर खतरे में डालना ,शारीरिक कार्यों में गंभीर हानि ,या किसी भी शारीरिक अंग की गंभीर अक्षमता या भाग के परिणाम के लिए तत्काल चिकित्सा ध्यान की अनुपस्थिति की यथोचित अपेक्षा कर सकता है।

आकस्मिक देखभाल :आपातकालीन चिकित्सा स्थिति वाले रोगी को प्रदान की गई देखभाल ,जिसे आगे परिभाषित किया गया है:

- पर्याप्त गंभीरता) जैसे ,गंभीर दर्द ,मानसिक गड़बड़ी तथा/अथवा मादक द्रव्यों के सेवन के लक्षण ,आदि (के तेज़ी से उभरने वाले लक्षणों से प्रकट होने वाली एक चिकित्सा स्थिति ,जैसे कि तत्काल चिकित्सा ध्यान न दिए जाने से निम्नलिखित में से किसी परिणाम के होने की उम्मीद की जा सकती है:
    - रोगी के स्वास्थ्य) अथवा ,गर्भवती महिला के संबंध में ,महिला या उसके अजन्मे बच्चे के स्वास्थ्य के संबंध में (को गंभीर खतरे में डालना ,या
    - शारीरिक कार्यों के लिए गंभीर हानि ,या
    - किसी भी शारीरिक अंग या भाग की गंभीर शिथिलता।

एक गर्भवती महिला के संबंध में जिसे संकुचन हो रहा है ,कि प्रसव से पहले किसी अन्य अस्पताल में सुरक्षित स्थानांतरण के लिए अपर्याप्त समय है ,अथवा यह कि स्थानांतरण महिला या उसके अजन्मे बच्चे के स्वास्थ्य या सुरक्षा के लिए खतरा पैदा कर सकता है।

एजेंसी प्लेसमेंट :बाहरी संग्रह एजेंसियों को खराब ऋण स्थिति में खातों को इकट्ठा करने के लिए रखा जाता है। जब कोई खाता खराब ऋण की स्थिति में होता है ,तो प्राथमिक या द्वितीयक संग्रह एजेंसी के साथ नौ महीने की असफल संग्रह गतिविधि होने तक इसे असंग्रहणीय नहीं समझा गया है।

गैर-कवर या प्रायोगिक सेवाएँ या प्रक्रियाएँ – सेवाएँ या प्रक्रियाएँ जो इस प्रकार स्थापित हैं :

- प्रायोगिक/जाँच सेवाएँ या प्रक्रियाएँ – चिकित्सा सेवाएँ ,प्रक्रियाएँ या दवाएँ जिन्हें सामान्य उपयोग के लिए अनुमोदित नहीं किया गया है लेकिन सुरक्षा और क्षमता के संबंध में नैदानिक परीक्षणों में जाँच के अधीन हैं। प्रायोगिक और जांच सेवाओं ,प्रक्रियाओं ,या दवाओं का प्रयोग रोग या अन्य स्थितियों के निदान में ,या बीमारी के इलाज ,शमन ,उपचार या रोकथाम में उपयोग के लिए किया जाता है।

गारंटर :वह व्यक्ति जो किसी रोगी के बिल के लिए आर्थिक रूप से ज़िम्मेदार होता है। एक वयस्क या एक मुक्त नाबालिग के मामले में ,रोगी आमतौर पर उसका स्वयं का गारंटर होगा। 18 वर्ष से कम आयु के बच्चों को आमतौर पर गारंटर के रूप में सूचीबद्ध नहीं किया जाएगा। एक नाबालिग को प्रदान की जाने वाली सभी सेवाओं का बिल अभिरक्षण माता-पिता या कानूनी अभिभावक को दिया जाएगा ,जब तक कि नाबालिग मुक्त नहीं हो जाता।

चिकित्सकीय तौर पर आवश्यक :चिकित्सकीय तौर पर आवश्यक का अर्थ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं से होगा जो कोई प्रदाता ,विवेकपूर्ण नैदानिक निर्णय का प्रयोग करते हुए ,एक रोगी को किसी बीमारी ,चोट , बीमारी या उसके लक्षणों को रोकने ,मूल्यांकन करने ,निदान करने या उपचार करने के उद्देश्य से प्रदान करेगा ,और जो हैं

- चिकित्सा पद्धति के आमतौर पर स्वीकृत मानकों के अनुसार।
    - इन उद्देश्यों के लिए" ,चिकित्सा पद्धति के आमतौर पर स्वीकृत मानकों "का मतलब है ऐसे मानक जो विशेषज्ञ समीक्षित चिकित्सा साहित्य में प्रकाशित विश्वसनीय वैज्ञानिक साक्ष्य पर आधारित होते हैं ,जो आमतौर पर संबंधित चिकित्सा समुदाय द्वारा मान्यता प्राप्त अथवा अन्यत्र नैदानिक निर्णय से जुड़े नीतिगत मुद्दों में निर्धारित मानकों के मुताबिक होते हैं।
- नैदानिक रूप से उपयुक्त ,प्रकार ,आवृत्ति ,सीमा ,साइट एवं अवधि के संदर्भ में ,और रोगी की बीमारी ,चोट या रोग के लिए प्रभावी समझा गया।
- रोगी ,चिकित्सक या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता की सुविधा के लिए मुख्य रूप से नहीं ,और वैकल्पिक सेवा या सेवाओं के अनुक्रम से अधिक महंगा नहीं ,कम से कम उस रोगी की बीमारी , चोट या रोग के निदान या उपचार से संबंधित चिकित्सीय या नैदानिक परिणाम उत्पन्न होने की संभावना हो।
- जाँच योग्य या प्रयोगात्मक समझी जाने वाली सेवाओं ,चीज़ों या प्रक्रियाओं को मामले के आधार पर संबोधित किया जाएगा।
    - जैसाकि प्रायोगिक और जाँच संबंधी सेवाओं के लिए उपचार प्रोटोकॉल विकसित किए गए हैं PSH ,राजस्व चक्र विभाग चिकित्सा आवश्यकता को समझाने के लिए अदाकर्ता समुदाय के साथ काम करेगा।

कवर न की गई सेवाएँ या प्रक्रियाएं – वे चिकित्सा सेवाएँ या प्रक्रियाएँ जो रोगी की बीमा योजना द्वारा कवर नहीं की जाती हैं।

तुरंत देखभाल :ऐसी चिकित्सा स्थिति वाले रोगी को दी जाने वाली देखभाल जो जीवन/अंग के लिए खतरा नहीं है या स्थायी नुकसान का कारण नहीं है ,लेकिन तत्काल देखभाल और उपचार की ज़रूरत है ,जैसा कि Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)द्वारा परिभाषित किया गया है ,जो 12 घंटे के भीतर होगा ,बचने के लिए :

- रोगी के स्वास्थ्य को गंभीर खतरे में डालना या गंभीर हानि या शिथिलता से बचने के लिए ;या
- इस दस्तावेज़ में परिभाषित के अनुसार ,आकस्मिक सेवाओं की ज़रूरत वाली बीमारी या चोट की संभावित शुरुआत।
    - **नैदानिक सेवाएँ** – सेवाएँ या प्रक्रियाएँ जिनका प्रयोग किसी बीमारी या विकार के कारण को तय करने के लिए किया जाता है। नैदानिक चिकित्सा देखभाल में किसी मौजूदा समस्या की निगरानी ,नए लक्षणों की जाँच या असामान्य जाँच संबंधी परिणामों का अनुसरण करके किसी रोगी की समस्या का इलाज या निदान करना शामिल है। नैदानिक सेवाएँ स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को रोगियों में बीमारियों की गंभीरता या कारण प्रदान करती हैं।

प्राथमिक या विशिष्ट देखभाल सेवाएँ – उन रोगियों को प्रदान की जाने वाली सेवाएँ या प्रक्रियाएँ जो गैर-आपातिक या गैर-अत्यावश्यक चिकित्सा देखभाल की तलाश में अस्पताल आते हैं या स्थिरीकरण या आपातकालीन चिकित्सा स्थिति के बाद अतिरिक्त देखभाल की तलाश करते हैं। प्राथमिक या विशेष अनुसूचित सेवाएँ या तो प्राथमिक देखभाल सेवाएँ हैं या अग्रिम रूप से तय की गई चिकित्सा प्रक्रियाएँ हैं।

- **बैलेंस बिलिंग – सरप्राइज़ बिल :**संघीय कानून के अनुसार ,कोई आश्चर्य नहीं अधिनियम ()Penn , State Healthरोगियों को सरप्राइज़ बिल मिलने से बचाने के लिए प्रतिबद्ध है ,जो उन रोगियों को मिलेगा जो Penn State Health सुविधा या प्रदाता जिससे वे देखभाल प्राप्त करते हैं ,उनकी स्वास्थ्य संबंधी योजना के नेटवर्क से बाहर हैं। जब कोई आउट-ऑफ़-नेटवर्क प्रदाता या सुविधा रोगियों को उनकी स्वास्थ्य योजना के भुगतान के लिए सहमत और किसी सेवा के लिए आउट-ऑफ़-नेटवर्क प्रदाता या सुविधा द्वारा चार्ज की गई पूरी राशि के बीच अंतर के लिए बिल देती है , तो इसे" बैलेंस बिलिंग "के रूप में जाना जाता है।" सरप्राइज़ बिल "अनपेक्षित बैलेंस बिल हैं। कोई आश्चर्य नहीं अधिनियम किसी आउट-ऑफ़-नेटवर्क प्रदाता या सुविधा से आपातकालीन देखभाल के लिए देखे जाने पर ,या जब कोई आउट-ऑफ़-नेटवर्क प्रदाता रोगी का इन-नेटवर्क अस्पताल में इलाज करता है ,तब रोगियों को उच्चतर बिल हासिल होने से बचाता है। अगर कोईPenn State Healthसुविधा या प्रदाता नेटवर्क से बाहर है, तो Penn State Health कवर की गई आपातकालीन सेवाओं या स्थिरीकरण के बाद की सेवाओं के लिए बैलेंस बिल नहीं करेगा।
- **बिलिंग विवरण या विवरण :**उपलब्ध कराई गई सेवाओं के लिए बिल। इस गतिविधि से जुड़ी खास जानकारी या एक विस्तृत बिल हो सकता है ,जिसमें रोगी के खाते पर हर शुल्क को सूचीबद्ध किया जाता है।

रोगी की ज़िम्मेदारी :कोई भी बकाया जहाँ आर्थिक रूप से ज़िम्मेदार पक्ष रोगी या रोगी का गारंटर है (तीसरे पक्ष का अदाकर्ता नही)।

- देखभाल में देरी PSH – उन रोगियों के लिए गैर-आकस्मिक सेवाओं या प्रक्रियाओं में देरी कर सकता है जो प्रदान की गई देखभाल के लिए उचित रोगी के ज़िम्मेदारी से कोशिशें करने से बार-बार इंकार करते हैं ,आपातकालीन चिकित्सा उपचार और श्रम अधिनियम (Emergency Medical

Treatment and Labor Act, EMTALA) नीति के तहत दी जाने वाली देखभाल को बाहर रखा गया है।

वैकल्पिक सेवाएँ या प्रक्रियाएँ – ऐसी सेवाएँ या प्रक्रियाएँ जो चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं हैं , जैसाकि PSH मेडिकल स्टाफ़ द्वारा निर्धारित किया गया है।

सेवा की तारीख :(Date of Service, DOS)

- इनपेशेंट – DOS वह तारीख जब रोगी को अस्पताल से छुट्टी मिल जाती है।
    - आउट पेशेंट/एम्बुलेटरी – DOS प्रक्रिया की तारीख या रोगी को चिकित्सा देखभाल हासिल होने की तारीख।

नीति और प्रक्रिया संबंधी विवरण

PSH जाति, प्राथमिक भाषा, लिंग, आयु, धर्म, शिक्षा, रोजगार, छात्र की स्थिति, स्वभाव, संबंध, बीमा कवरेज, सामुदायिक स्थिति, या किसी अन्य भेदभाव वाले विभेदक कारक पर ध्यान दिए बिना रोगी खातों पर लगातार भुगतान करेगा।

हर रोगी/गारंटर को उसकी वित्तीय जिम्मेदारी को समझने के लिए एक उचित समय सीमा और संचार दिया जाएगा। PSH गैर-आकस्मिक स्थितियों में रोगियों/गारंटरों को उनकी सेवा के लिए अग्रिम रूप से उनकी वित्तीय ज़िम्मेदारी के बारे में सूचित करने की कोशिश करेगा। PSH किसी भी ऐसे रोगी के लिए गैर-आकस्मिक देखभाल (जैसा कि PSH मेडिकल स्टाफ़ द्वारा तय किया गया है) को स्थगित या रद्द कर सकता है जो किसी वैकल्पिक सेवा से पहले वित्तीय रूप से मंजूरी देने में असमर्थ या अनिच्छुक हो। **रोगियों को वित्तीय सहायता नीतियों – PFS-051/PFS-053** के अनुसार वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने का अवसर प्रदान किया जाएगा।

वित्तीय रूप से मंजूरी को अपवाद-मुक्त वित्तीय निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक सभी प्रक्रियाओं के साथ सहयोग और पूरा करने के रूप में परिभाषित किया जाएगा, जिसमें शामिल हैं लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं:

- बीमे का सबूत
- सही जनसांख्यिकीय जानकारी
- सभी लागू जेबखर्चों का भुगतान (मतलब सह-भुगतान, सहबीमा, कटोतियाँ और कवर न किए गए शुल्क)।
- तीसरे पक्ष के लाभ या वित्तीय सहायता हासिल करने के लिए PSH वित्तीय सलाहकारों के साथ काम करना।
- पिछली PSH स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए बकाया रोगी शेष का समाधान करना।

PSH को वित्तीय मंज़ूरी के लिए आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराने में विफलता की वजह से व्यक्ति के खाते को शेष राशि पर आगे संग्रह के लिए एक बाहरी संग्रह एजेंसी को अग्रेषित किया जा सकता है।

बीमा संबंधी बिलिंग:

रोगी का चिकित्सा बीमा कवरेज रोगी, बीमा प्रदाता और/या रोगी के नियोक्ता के बीच एक अनुबंध स्थापित करता है। Penn State Health इस अनुबंध का हिस्सा नहीं है। PSH जहाँ लागू हो, कोई आश्चर्य नहीं अधिनियम का अनुपालन करेगा।

रोगी इनके लिए ज़िम्मेदार हैं:

- पता करें कि कार्यालय संबंधी विज़िट्स के लिए रेफरल आवश्यक है या नहीं।
- यह तय करने के लिए कि क्या निर्धारित जांच को उनकी चिकित्सा कवरेज संबंधी नीति के तहत कवर किया गया है, उनके बीमा प्रदाता से संपर्क करें।
- लाभों की अनुसूची तय करने के लिए और अगर कोई सह-भुगतान या कटौती योग्य लागू होता है, तो बीमा प्रदाता से संपर्क करें।
- कोई आश्चर्य नहीं (No Surprises) बिलिंग नोटिस और सहमति प्रपत्र हासिल करें और/या उस पर हस्ताक्षर करें।
- उचित दस्तावेजीकरण के साथ अपॉइन्ट्मेन्ट्स के लिए आएँ।
- प्रतिकूल निर्धारण के खिलाफ अपील करने के लिए हमारे व्यापार कार्यालय के साथ काम करें।

देखभाल के प्रावधान के बाद, रोगी के दावे को उसके द्वारा प्रदत्त बीमा या तीसरे पक्ष द्वारा भुगतानकर्ता के माध्यम से समयबद्ध ढंग से प्रक्रिया के लिए हर उचित प्रयास किया जाएगा (रोगी/गारंटर द्वारा दी गई या सत्यापित जानकारी के आधार पर, या अन्य स्रोत से उचित रूप में सत्यापित)।

- अगर PSH द्वारा किसी गड़बड़ी के कारण भुगतानकर्ता द्वारा किसी अन्य वैध दावे को अस्वीकार किया जाता है (या प्रोसेस नहीं किया जाता), तो PSH रोगी को उस राशि से अधिक राशि का बिल नहीं देगा, जो भुगतानकर्ता द्वारा दावे का भुगतान करने पर रोगी पर बकाया होती।
- अगर PSH के नियंत्रण से बाहर के कारकों के कारण भुगतानकर्ता द्वारा किसी अन्य वैध दावे को अस्वीकार (या प्रोसेस नहीं किया जाता), तो कर्मचारी, दावे के समाधान को सुविधाजनक बनाने के लिए भुगतानकर्ता और रोगी के साथ आगे की कार्यवाही करेगा।
- अगर फ़ॉलो-अप संबंधी उचित कोशिशों के बाद भी समाधान नहीं होता है, तो PSH रोगी को बिल दे सकता है या भुगतानकर्ता संबंधी अनुबंधों के मुताबिक अन्य कार्यवाही कर सकता है।
- अगर किसी मरीज़ का चिकित्सक (i) चिकित्सा आवश्यकता की कमी के कारण भुगतानकर्ता द्वारा सेवाओं को कवर करने से इनकार करने से असहमत है; (ii) रोगी के रिकॉर्ड में उन कारणों का दस्तावेजीकरण किया गया है कि सेवाएँ चिकित्सकीय रूप से आवश्यक हैं, और (iii) भुगतानकर्ता के साथ पूर्व-प्राधिकरण (अगर लागू हो) के लिए प्रशासनिक प्रयास समाप्त हो गए हैं, तो PSH गैर-

कवर सेवाओं या प्रक्रियाओं के लिए रोगी को AGB छूट के बराबर स्व-भुगतान छूट की पेशकश कर सकता है।

रोगी संबंधी बिलिंग:

भुगतानकर्ता से बीमा दावे के अधिनिर्णय के बाद किसी भी शेष राशि को लाभों की व्याख्या के आधार पर रोगी (या गारंटर) को बिल किया जाएगा।

तीसरे पक्ष या बीमा भुगतानकर्ता की अनुपस्थिति में, रोगियों को सीधे बिल भेजा जाएगा। इन रोगियों को स्व-भुगतान वाले रोगी समझा जाएगा। PSH बीमाकृत FAP योग्य या गैर-FAP योग्य लोगों से आपातकालीन या अन्य आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल के लिए अक्सर बिल की गई राशि (AGB) से अधिक शुल्क नहीं लेगा।

स्व-भुगतान वाले रोगियों को PSH में वित्तीय सहायता नीति के बारे में जानकारी उपलब्ध कराई जाएगी। देखें **वित्तीय सहायता संबंधी नीतियाँ – PFS-051/PFS-053।**PSH की यह अपेक्षा है कि सभी गारंटर/रोगी PSH द्वारा दी जाने वाली सेवाओं का भुगतान करने के लिए हर उचित और सद्भावपूर्ण कोशिश करेंगे।

- इसके अतिरिक्त, PSH को पूर्ण और सटीक जनसांख्यिकीय जानकारी उपलब्ध कराना गारंटर/रोगी की ज़िम्मेदारी है। ऐसा न कर पाने की वजह से असाधारण संग्रह कार्यवाहियों का प्रयोग हो सकता है।

रोगी की उम्मीदों के लिए दिशा-निर्देश नीचे दिए गए हैं।

<u>अनुसूचित स्वास्थ्य देखभाल संबंधी सेवाओं के लिए रोगी का वित्तीय उत्तरदायित्व:</u>

- अगर शेड्यूलिंग या पंजीकरण के दौरान यह तय किया जाता है कि रोगी के पास स्वास्थ्य बीमा नहीं है या उसके पास सीमित लाभ हैं, तो खातों को वित्तीय सलाहकार के पास भेजा जाएगा।
    - वित्तीय संचालक, अनुरोध पर सभी रोगियों को मूल्य अनुमान उपलब्ध कराएँगे।
    - अगर कोई रोगी सूचित करता है कि वह रोगी के उत्तरदायित्व अनुमान का भुगतान नहीं कर सकता/सकती है, तो वित्तीय सलाहकार यह तय करने के लिए रोगी/गारंटर की पूर्व-जाँच कर सकते हैं कि कोई व्यक्ति सरकारी कार्यक्रमों या वित्तीय सहायता के लिए योग्य है या नहीं।
    - सरकारी कार्यक्रमों या वित्तीय सहायता का पात्र होने के लिए तय लोगों को आवेदन करने के तरीके के विकल्प दिए जाएंगे।
        - PSH को आवेदन पर अनुरोधित ज़रूरी वित्तीय जानकारी उपलब्ध कराना उस व्यक्ति की ज़िम्मेदारी है।

        - PSH से वित्तीय सहायता का अनुरोध करने वाले सभी रोगियों को भुगतान करने में उनकी असमर्थता सिद्ध करने के लिए सभी आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराना अनिवार्य होगा।
    - ऐसी सेवाएँ जो चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं हैं, उन रोगियों के लिए स्थगित या रद्द की जा सकती हैं जो असहयोगी हैं या अपनी भुगतान करने की क्षमता या वित्तीय सहायता की ज़रूरत सिद्ध करने के लिए आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराकर PSH की सहायता करने में असमर्थ हैं।
        - चिकित्सा संबंधी आवश्यकता का निर्धारण PSH प्रदाता और चिकित्सा कर्मचारियों द्वारा किया जाएगा। कृपया इस दस्तावेज़ के परिभाषा अनुभाग के अंतर्गत चिकित्सकीय रूप से आवश्यक की परिभाषा देखें।
            - वित्तीय सलाहकार प्रदाताओं से संपर्क करेंगे और उनसे रोगी की चिकित्सा स्थिति और तत्काल ध्यान देने की ज़रूरत के संबंध में अतिरिक्त जानकारी उपलब्ध कराने के लिए कहेंगे। सिर्फ़ चिकित्सकीय रूप से ज़रूरी नहीं समझी जाने वाली सेवाओं को PSH चिकित्सा कर्मचारियों द्वारा निर्धारित रूप में स्थगित या रद्द किया जाएगा, वित्तीय जोखिम प्रक्रिया देखें।
        - PSH आवश्यक चिकित्सकीय सेवाएँ उपलब्ध कराना जारी रखेगा जबकि वित्तीय सलाहकार वित्तीय दायित्वों को पूरा करने के लिए रोगी के साथ सक्रिय रूप से काम करेंगे।
    - अगर कोई व्यक्ति सरकारी कार्यक्रमों या वित्तीय सहायता के लिए योग्यता को पूरा नहीं करता है, तो मासिक भुगतान योजना का विकल्प उपलब्ध है।
    - आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराने या मासिक भुगतान योजना स्थापित न कर पाने की वजह से व्यक्ति के खाते को शेष राशि पर आगे संग्रह के लिए एक बाहरी संग्रह एजेंसी को अग्रेषित किया जा सकता है।
    - विदेशी पते वाले रोगी – यह Penn State Health की नीति है कि गैर-तीव्र सुविधा में देखे गए विदेशी बीमा वाले सभी रोगियों के लिए सेवा के समय बकाया शेष राशि एकत्र करें, गंभीर सुविधाओं पर रोगियों का प्रबंध करने वाले सहयोगियों से सभी प्रासंगिक सूचना इकट्ठा करने की अपेक्षा की जाती है, ताकि प्रदान की गई सभी सेवाओं के लिए रोगी को बिल देने में सक्षम हो।

सेवाओं के प्रावधान के बाद, गारंटर की शेष राशि और स्व-भुगतान शेष राशि का बिल गारंटर को दिया जाएगा। इस बिलिंग विवरण प्रक्रिया के लिए दिशानिर्देश निम्नलिखित हैं।

बिलिंग संबंधी विवरण

- अस्पताल और/या चिकित्सक सेवाओं का विवरण रोगी/गारंटर को कम से कम चार क्रमिक तीस दिवसीय बिलिंग चक्रों में भेजा जाता है।
- सभी रोगी/गारंटर किसी भी समय अपने खातों के लिए मदवार जानकारी का अनुरोध कर सकते हैं।
- अगर कोई रोगी अपने खाते पर विवाद और बिल के संबंध में लिखित प्रमाण का अनुरोध करता/करती है, तो कर्मचारी रोगी/गारंटर को समय पर जवाब देंगे और खाते को संग्रह के लिए संदर्भित करने से पहले कम से कम 30 दिनों तक खाते को अपने पास रखेंगे।
- राजस्व चक्र के प्रतिनिधि या अनुबंधित विक्रेता, संग्रह को आगे बढ़ाने या वित्तीय सहायता अवसर के अनुसरण के लिए स्टेटमेंट बिलिंग चक्र के दौरान रोगी/गारंटर से (टेलीफ़ोन, मेल, संग्रह पत्र, या ईमेल के ज़रिए) संपर्क करने की कोशिश कर सकते हैं। बिलिंग सिस्टम में रोगी के खाते में वसूली की कोशिशों का दस्तावेजीकरण किया जाता है। गारंटर/रोगी से उसकी बकाया राशि के संबंध में संपर्क करने का हर संभव कोशिश की जाएगी।
- अंतिम बिलिंग विवरण संदेश यह दर्शाता है कि यदि खाते का भुगतान पत्र की तिथि से 30 दिनों के भीतर नहीं किया जाता है, तो उसे किसी बाहरी संग्रहण एजेंसी को भेजा जा सकता है।
- वित्तीय सहायता के संबंध में PSH द्वारा निर्धारित रोगी वित्तीय सेवाओं (Patient Financial Services, PSH)/विक्रेताओं के साथ सक्रिय रूप से जुड़े मरीजों या गारंटरों के खाते संग्रह एजेंसी को नहीं भेजे जाएंगे।
- PSH रोगी वित्तीय सेवाओं/विक्रेताओं और वित्तीय सहायता आवेदन प्रक्रिया के साथ सक्रिय रूप से जुड़े रहने के दौरान मरीजों/गारंटरों को बिलिंग संबंधी विवरण प्राप्त होते रहेंगे।
- PSH, 501(r) बिलिंग और संग्रहण संबंधी अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- PSH कोई आश्चर्य नहीं अधिनियम की अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।

यह रोगी/गारंटर का दायित्व है कि वह अच्छे विश्वास के साथ काम करे और PSH में दी जाने वाली सेवाओं के भुगतान हेतु उचित कोशिश करे। वे रोगी जो सरकारी सहायता के लिए आवेदन नहीं करना चाहते, वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं हैं, या जो आय अनिवार्यताओं के पार हैं और सेवाओं के लिए भुगतान करने में मदद की ज़रूरत है, वे भुगतान योजना का अनुरोध कर सकते हैं। भुगतान योजना तय करने के लिए दिशानिर्देश निम्नलिखित हैं।

भुगतान संबंधी योजनाएँ

- PSH भुगतान संबंधी योजना व्यवस्था पेश करता है अगर कोई रोगी/गारंटर अपने बिल का पूरा भुगतान करने में असमर्थ है और वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं है।
- भुगतान योजना बकाया राशि पर आधारित है और PSH नेतृत्व द्वारा तय उचित समय (6-24 महीने) के भीतर हल करने का अनुरोध किया जाता है, भुगतान योजना दिशानिर्देश देखें।
- जो व्यक्ति PSH के साथ औपचारिक भुगतान योजना में शामिल नहीं हुए है, वे आगे के संग्रह के लिए एक बाहरी संग्रह एजेंसी के अधीन हो सकते हैं।

- लोगों से हर महीने समय पर भुगतान करने की उम्मीद की जाती है।
- एक खाता अपराधी बन जाता है जब रोगी/गारंटर स्टेटमेंट की तारीख के 30 दिनों के अंदर सहमत मासिक भुगतान की अदायगी नहीं करता है। अपराधी खाते आगे की वसूली के लिए बाहरी संग्रह एजेंसी के अधीन हो सकते हैं।

अगर कोई रोगी/गारंटर भुगतान के गुम होने का अनुमान लगाता है या घरेलू आय बदल गई है, तो वह व्यक्ति वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकता है; **वित्तीय सहायता संबंधी नीतियाँ – PFS-051/PFS-053** देखें।

- बकाया बिल के भुगतान के लिए रोगी या गारंटर द्वारा उचित कोशिशों के अभाव में PSH शेष राशि पर आगे वसूली कर सकता है। इसमें वित्तीय सहायता प्रक्रिया या ऊपर वर्णित भुगतान संबंधी योजना को पूरा करने के लिए आवश्यक जानकारी प्रदान नहीं करना शामिल है, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं। असाधारण वसूली कार्यवाही प्रक्रिया के लिए दिशानिर्देश निम्नलिखित हैं।

<u>असाधारण संग्रह संबंदी कार्यवाहियाँ</u>

- **<u>बाहरी संग्रह एजेंसियां</u>** – PSH राजस्व चक्र विभाग की ज़िम्मेदारी न तो बाहरी संग्रह के लिए खातों को आवंटित करना है और न ही असाधारण संग्रह कार्यवाहियों में संलग्न करने हेतु यह तय करने के लिए है कि उचित कोशश करने से पहले रोगी वित्तीय सहायता के लिए योग्य है या नहीं।
  - 120/240 दिन का नियम – 120 दिन की अवधि जिसके दौरान अस्पताल की सुविधा को किसी व्यक्ति को FAP के बारे में सूचित करना अनिवार्य है और 240 दिन की अवधि जिसके दौरान अस्पताल की सुविधा को व्यक्ति द्वारा जमा किए गए आवेदन को संसाधित करना बहुत ज़रूरी है। PSH पहले बिलिंग विवरण की तारीख से कम से कम 120 दिनों के बाद समाप्त होने वाली अधिसूचना अवधि के दौरान नोटिस देगा। अस्पताल की सुविधा किसी ऐसे व्यक्ति के खिलाफ असाधारण संग्रह कार्यवाही (extraordinary collection actions, ECA) शुरू नहीं कर सकती है, जिसकी FAP योग्यता पहले पोस्ट डिस्चार्ज स्टेटमेंट के बाद 120 दिनों से पहले तय नहीं की गई है।
  - संग्रह एजेंसी को सौंपे जाने के बाद खातों को समायोजित किया जाएगा।
  - रोगी द्वारा FAP आवेदन जमा करने के बाद, PSH रोगी के विरुद्ध किसी भी ECA को निलंबित कर देगा, भले ही आवेदन पूर्ण हो या न हो।
  - रोगी/देनदार के साथ एक स्थापित भुगतान समझौते के बिना खातों को एजेंसी द्वारा PSH को वापस लौटा दिया जाएगा, जो उक्त एजेंसी के साथ नियोजन से 730 दिनों (दो वर्ष) से अधिक नहीं रहेगा।
  - PSH, 501(r) बिलिंग और संग्रहण संबंधी अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- **<u>क्रेडिट रिपोर्टिंग</u>** – बाहरी संग्रह एजेंसियाँ, एक्सटर्नल क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों को खातों की रिपोर्ट कर सकती हैं। PSH और बाहरी संग्रहण एजेंसियाँ सभी संग्रहण गतिविधियों के दौरान पूरे समय उचित ऋण संग्रहण व्यवहार अधिनियम (Fair Debt Collection Practices Act) और संघीय

व्यापार आयोग टेलीफ़ोन उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम (Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act), और 501(r) विनियमों का अनुपालन करेंगी।

- **<u>बैड गारंटर एड्रेस (Bad Guarantor Address, BGA)</u>** – PSH, यूनाइटेड स्टेट्स पोस्ट ऑफ़िस (United States Post Office, USPS) द्वारा लौटाए गए सभी रोगी बयानों का जवाब देने के लिए उचित प्रयास करेगा जो डिलीवर करने योग्य नहीं हैं। जिन खातों की सबसे हाल की जनसांख्यिकीय जानकारी में BGA पदनाम शामिल है, उन्हें नियोजन से पहले कम से कम 120 दिनों के लिए अतिरिक्त अनुवर्ती कार्यवाही के लिए किसी बाहरी एजेंसी को खराब ऋण के रूप में संदर्भित किया जा सकता है, हालाँकि ये खाते तब तक एक असाधारण संग्रह कार्यवाही घटना के अधीन नहीं होंगे जब तक कि अधिसूचना की अनिवार्यताओं की संतुष्टि न हो जाए। इस नीति का अभिप्राय 501(r) विनियमों का अनुपालन करना है।
- **<u>अटॉर्नी नियोजन</u>** – कुछ मामलों में बकाया राशि सीमा और भुगतान करने की क्षमता, और/या गारंटर या तीसरे पक्ष के भुगतानकर्ता द्वारा भुगतान न करने के पैटर्न के आधार पर, PSH रोगी की शेष राशि एकत्र करने के लिए कानूनी कार्यवाही कर सकता है।
    - कानूनी कार्यवाही के लिए पहचाने गए खातों को एक संग्रह एजेंसी को सौंपे गए खराब ऋण संबंधी खातों से अलग से पहचाना जाना चाहिए।
    - PSH कानूनी कार्यवाही के लिए सुझाए गए सभी रोगियों को एक लिखित नोटिस भेजेगा।
    - कानूनी प्रक्रिया के लिए सुझाए गए सभी खातों की समीक्षा और मूल्यांकन 30 दिनों के भीतर किया जाएगा। मूल्यांकन अवधि के दौरान, खाता सक्रिय प्राप्य खाते (Accounts Receivable, A/R) स्थिति में रहेगा। एक बार जब यह कानूनी एजेंसी के लिए स्वीकृत हो जाता है, तो यह खाता खराब ऋण के रूप में वर्गीकृत किया जाएगा।
    - अगर कोई निर्णय/ग्रहणाधिकार न्यायालय नोटिस प्राप्त हुआ है, तो नोटिस में पहचाने गए खातों पर उचित समायोजन किया जाएगा, खाते का दस्तावेजीकरण किया जाएगा, और नोटिस दायर किया जाएगा।
    - रोगी द्वारा FAP आवेदन जमा करने के बाद, PSH रोगी के विरुद्ध किसी भी ECA को निलंबित कर देगा, भले ही आवेदन पूर्ण हो या न हो।
    - PSH, 501(r) बिलिंग और संग्रहण संबंधी अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- **<u>चिकित्सक/रोगी संबंध की समाप्ति</u>** – यदि रोगी देखभाल का भुगतान न करने का दोषी है तो PSH रोगी/चिकित्सक संबंध को समाप्त कर सकता है। **रोगियों को आवश्यक चिकित्सकीय या तत्काल देखभाल के लिए बर्खास्त नहीं किया जाएगा।** चिकित्सा निदेशक, प्रबंधक और चिकित्सक सभी को रोगी की देखभाल समाप्त करने और समाप्ति स्तर पर सहमत होना चाहिए।
    - देखभाल के लिए भुगतान न करने के दोष में शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं:
        - भुगतान प्रदान करने की क्षमता के बावजूद, भुगतान न करना या बिलों का अल्प भुगतान। वित्तीय सहायता सुरक्षित करने में या जब संभव हो, तब उचित भुगतान योजनाएँ स्थापित करने में रोगियों की मदद करने की कोशिश किए जाने चाहिए, **वित्तीय सहायता नीतियाँ – PFS-051/PFS-053** देखें।

- सहायता प्राप्ति के लिए लागू तृतीय पक्ष भुगतानकर्ता संबंधी कार्यक्रमों में नामांकन के मकसद से राजस्व चक्र कर्मचारियों के साथ सहयोग करने से इंकार करना।

- **<u>Medicare लागत रिपोर्ट प्रतिपूर्ति योग्य खराब ऋण</u>** – Medicare खराब ऋण के संबंध में CMS नियामक अनिवार्यताओं के तहत तय दिशानिर्देशों और विनियमों का पालन किया जाएगा।

संबंधित नीतियाँ और संदर्भ

यह PSH का मकसद है कि यह नीति कोई आश्चर्य नहीं अधिनियम , संघीय रजिस्टर में सेक्शन 501(r) के अंतर्गत और Medicare खराब ऋण के संबंध में CMS नियामक अनिवार्यताओं के अंतर्गत निर्धारित दिशानिर्देशों और विनियमों के अंदर है।

वित्तीय सहायता संबंधी नीतियाँ – PFS-051/PFS-053

रोगी बर्खास्तगी नीति (135-MGM)
वित्तीय जोखिम प्रक्रिया

भुगतान योजना संबंधी दिशानिर्देश

स्वीकृतियाँ

अधिकृत:	Paula Tinch, वरिष्ठ उपाध्यक्ष और मुख्य वित्तीय अधिकारी
स्वीकृत:	Nicholas Haas, उपाध्यक्ष राजस्व चक्र

उत्पत्ति और समीक्षा की तारीख

उत्पत्ति की तारीख: 1/1/2008

समीक्षा की तारीख(तारीखें): 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/2023

संशोधित: 01/05/2008, 6/10/11, और 07/01/2016 (स्थान लेता है: रोगी उत्तरदायित्व संग्रहण से जुड़ी प्रक्रिया, 10/06); 4/15/21, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/23

2017 Penn State Health संयुक्त नीति में परिवर्तित – निम्नलिखित St. Joseph नीतियां Penn State Health पॉलिसी में शामिल की गई थी:

- ADM-CRP-64 – रोगी ऋण और वसूली
  - 1-10 – संग्रह
  - Stewardship # 16 – संग्रह
- 1-3 रोगी वसूली खराब ऋण

- 1-4 खराब ऋण/स्व-भुगतान निपटान
- 2-8 कानूनी खाते निर्दिष्ट करना
- 3-2 निर्णय/ग्रहणाधिकार
- St. Joseph पेशेवर – खराब ऋण संबंधी नीति
- St. Joseph पेशेवर – विदेशी पते वाले मरीज़ों का प्रबंधन
- St. Joseph पेशेवर – सर्जरी और प्रक्रियाओं के लिए वित्तीय समझौता
- Community Practice Medical Group (CPMG) – स्व-भुगतान संबंधी संग्रह

विषय-वस्तु समीक्षक और योगदानकर्ता

अस्पताल और व्यावसायिक राजस्व चक्र संचालन के वरिष्ठ निदेशक; प्रबंधक रोगी पहुँच वित्तीय परामर्श