

مالی معاونت کی پالیسی

AMITA HEALTH

مقصد

اس پالیسی کا مقصد AMITA Health سسٹم میں مالی معاونت فراہم کرنے کے تقاضوں کی وضاحت کرنا ہے۔

پالیسی

ادارے کی سہولیات پر ہنگامی یا طبی طور پر دیگر ضروری نگہداشت فراہم کرنے کے لیے سماجی طور پر منصفانہ طرز عمل کو یقینی بنانا اس پیراگراف کے تحت درج تنظیموں (جن میں سے ہر ایک کو "ادارہ" کہا جاتا ہے) کی پالیسی ہے۔ یہ پالیسی خاص طور پر مالی معاونت کی اہلیت کے حوالے سے ان مریضوں کے لیے ترتیب دی گئی ہے، جنہیں مالی معاونت کی ضرورت ہے اور ادارے کی جانب سے نگہداشت حاصل کرتے ہیں۔

یہ پالیسی AMITA Health کے تحت درج ذیل میں سے ہر ایک ادارے پر لاگو ہوتی ہے:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital

Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove

Holy Family Medical Center – Des Plaines

Mercy Medical Center - Aurora

Resurrection Medical Center

St. Francis Hospital - Evanston

Saint Joseph Hospital - Chicago

Saint Joseph Hospital - Elgin

Saint Joseph Medical Center - Joliet

Saints Mary and Elizabeth Medical Center

St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates

St. Mary's Hospital - Kankakee

ملازمت پر مامور ڈاکٹروں کے کلینکس

A. تمام مالی معاونت انفرادی انسانی وقار اور فلاح عامہ کے لیے ہمارے عزم و احترام، غربت میں زندگی گزارنے والے افراد اور دیگر غیر محفوظ افراد کے لیے ہماری خصوصی تشویش اور ان کے ساتھ ہماری یکجہتی اور تقسیمی انصاف اور سرپرستی کے حوالے سے ہمارے عزم کی عکاس ہوگی۔

B. اس پالیسی کا اطلاق تمام ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری دیگر نگہداشت پر ہوتا ہے جو ادارے کی جانب سے فراہم کی جاتی ہیں، بشمول ملازمت یافتہ فزیشن کی خدمات اور روجہ جاتی صحت۔ اس پالیسی کا اطلاق ان تمام نگہداشت کے اخراجات پر نہیں ہوتا جو ہنگامی اور طبی لحاظ سے غیر ضروری دیگر نگہداشت کے زمرے میں شامل نہیں ہیں۔

C. مالی معاونت کی پالیسی کے ذریعہ احاطہ شدہ فراہم کنندگان کی فہرست، ادارے کی سہولیات کے اندر نگہداشت فراہم کرنے والے کسی بھی فراہم کنندہ کی ایک فہرست فراہم کرتی ہے جو بتاتی ہے کہ کن مالی معاونت کی پالیسی کے تحت احاطہ کیا جاتا ہے اور کن کا نہیں۔

تعریفات

پالیسی کے لحاظ سے مخصوص تعریفیں

A. "501(r)" سے مراد انٹرنل روینیو کوڈ کا سیکشن 501(r) اور اس کے تحت لاگو ہونے والے قوانین ہیں۔

B. "عموماً بل کردہ رقم" یا "AGB" سے مراد، ہنگامی یا طبی لحاظ سے ضروری دیگر نگہداشت کے حوالے سے، وہ رقم ہے جو عام طور پر ایسے افراد کو بل کی جاتی ہے جن کے پاس اس نگہداشت کا احاطہ کرنے والی بیمے کی سہولت ہوتی ہے۔

C. "کمیونٹی" سے مراد ریاست الینوائے ہے۔ اس پالیسی کے مقاصد کے حوالے سے "کمیونٹی میں رہنے" سے مراد الینوائے میں رہنا ہے - یعنی ایک ایسا شخص جو الینوائے میں رہتا ہو اور یہاں مستقل طور پر رہنے کا ارادہ رکھتا ہو، لیکن اس میں ایسا کوئی شخص شامل نہیں ہے جو صرف صحت کی مراعات حاصل کرنے کے لئے الینوائے میں رہائش پذیر ہو۔ مریض کو ادارے کی کمیونٹی کا حصہ اس صورت میں سمجھا جائے گا اگر اسے فراہم کردہ ضروری ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت ایسی کسی دوسری AMITA Health کی سہولت میں موصول ہونے والی ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت کا تسلسل ہو، جہاں مریض اس ہنگامی اور طبی طور پر ضروری نگہداشت کے لئے مالی معاونت کا اہل ہو۔

D. "ہنگامی نگہداشت" سے مراد شدید علامات (بشمول شدید درد) رکھنے والی طبی بیماری کے علاج کے لئے فوری طور پر فراہم کردہ نگہداشت، جس کے بغیر مریض کے جسمانی کاموں یا جسم کے اعضاء کو یا اس کی صحت کو شدید نقصان پہنچنے کا امکان ہو۔

E. "طبی لحاظ سے ضروری دیکھ بھال" سے مراد ایسی دیکھ بھال ہے جو مندرجہ ذیل شرائط پر پوری اترتی ہو (1) مریض کے مرض کی روک تھام، تشخیص یا علاج کے لئے مناسب اور ضروری ہو؛ (2) مریض کے مرض کے لئے سب سے زیادہ مناسب اور محفوظ طور پر فراہم کردہ خدمت یا فراہمی ہو؛ (3) بنیادی طور پر مریض، مریض کی فیملی، معالج یا نگران کارکن کی سہولت کے لئے فراہم نہیں کیا جاتا ہے؛ اور (4) اس سے مریض کو نقصان سے زیادہ فائدہ پہنچنے کا امکان ہو۔ مستقبل کے لئے موصول ہونے والی نگہداشت کو "طبی لحاظ سے ضروری" قرار دینے کے لئے، نگہداشت اور نگہداشت کے اوقات کو ادارے کے چیف میڈیکل افسر (یا ان کے نامزد کردہ شخص) کی منظوری حاصل کرنا ضروری ہے۔ طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت کا تعین مریض کو طبی نگہداشت فراہم کرنے والا لائسنس یافتہ فراہم کنندہ یا ادارے کی صوابدید پر داخلہ فراہم کرنے والا ڈاکٹر، ریفر کرنے والا ڈاکٹر یا چیف میڈیکل افسر یا نظر ثانی کرنے والا دوسرا ڈاکٹر کرے گا (اس کا انحصار تجویز کردہ نگہداشت کی بنیاد پر کیا جائے گا)۔ اس صورت میں کہ جب اس پالیسی کے ذریعہ احاطہ شدہ مریض کی جانب سے درخواست کی جانے والی دیکھ بھال کو جائزہ لینے والے معالج نے طبی طور پر ضروری نہ ہونا متعین کیا ہو، تو اس تعین کی توثیق بھرتی کرنے والے یا ریفر کرنے والے معالج کے ذریعے بھی ضروری ہے۔

F. "ادارے" سے مراد AMITA Health اور مذکورہ بالا حصہ نمبر II میں درج کردہ مالی معاونت کی پالیسی میں شامل ادارہ جات ہے۔

G. "مریض" سے مراد وہ افراد ہیں جو ادارے کی جانب سے ایمرجنسی اور دیگر طبی لحاظ سے ضروری علاج وصول کرتے ہیں اور وہ شخص جو مالی لحاظ سے مریض کے علاج کا ذمہ دار ہے۔

H. "قیاسی اسکورنگ" کا مطلب فریق ثالث کے معلومات کے ذرائع کو استعمال کرنا ہے، جس میں عوامی ریکارڈ، یا مالی معاونت کے لیے مریض کی اہلیت کا اندازہ لگانے کے دیگر معروضی اور معقول ذرائع شامل ہو سکتے ہیں۔

I. "غیر بیمہ شدہ مریض" سے مراد ایک ایسا مریض ہے جسے کسی صحت کی بیمہ پالیسی کے تحت کوریج حاصل نہ ہو اور جو کسی سرکاری یا نجی صحت کی بیمہ کی پالیسی، صحت کی مراعات، یا زیادہ کٹوتی کے حامل صحت کے بیمے کے منصوبہ جات، ملازمین کے معاوضوں، حادثاتی بیمے، یا تیسرے فریق سے حاصل کردہ بیمے سمیت کسی ہیلتھ کیئر کے کوریج کے پروگرام سے مستفید نہ ہو رہا ہو۔

ضروری اقدامات

A. اس سیکشن میں بیان کردہ مالی معاونت اُن مریضوں تک محدود ہے جو کمیونٹی میں رہتے ہیں:

1. وفاقی سطح غربت ("FPL") کے 250% سے کم یا اس کے مساوی آمدنی والے مریض ان اخراجات میں 100% رعایت کے اہل ہوں گے جو خدمات کے چارجز کے اس حصہ کو قلمزد کر دے گا جس کا بیمہ کار کی ادائیگی کے بعد مریض ذمہ دار ہوتا ہے، اگر کوئی ہے، بشرطیکہ مریض قیاسی سکورنگ (جس کی تصویلات نیچے پیراگراف نمبر 5 میں فراہم کی گئی ہیں) کے تحت اہل پایا جائے، یا اپنی ڈسچارج کی پہلی بل کے بعد 240 روز گزرنے سے قبل مالی معاونت کی درخواست ("درخواست") جمع کروائے اور ادارہ یہ درخواست منظور کر لے۔ مریض کی ڈسچارج کی پہلی بل کے بعد 240 روز گزرنے کے بعد مالی معاونت کی درخواست جمع کروانے کی صورت میں مریض 100% مالی معاونت حاصل کرنے کا اہل ہو سکتا ہے، لیکن اس صورت میں اس زمرے میں شامل مریض کو فراہم کردہ مالی معاونت کی رقم مریض کے اکاؤنٹ میں ادائیگیوں کو خاطر میں لانے کے بعد واجب الادا رقم تک محدود ہوگی۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔

2. اس مالی معاونت کی پالیسی کی دیگر شقوں کے مطابق، FPL کے 250% سے زائد لیکن FPL کے 600% سے کم آمدنی رکھنے والے غیر بیمہ شدہ مریضوں کو فراہم کردہ خدمات کے چارجز کے اس حصے پر بتدریج پیمانے کے حساب سے رعایت دی جائے گی۔ FPL کے 250% سے زیادہ لیکن FPL کے 400% سے کم آمدنی رکھنے والے اور بیمہ حاصل کرنے والے مریض ان فراہم کردہ خدمات کے چارجز کے اس حصہ پر تدریجی شرح سے رعایت وصول کریں گے جس کا بیمہ کے منصوبے کی مراعات کے مطابق مریض ذمہ دار ہوگا۔ اس طرح کی رعایتوں کا اطلاق اس وقت ہوگا جب مریض اپنے پہلے ڈسچارج بل کے 240 ویں دن یا اس سے پہلے درخواست جمع کرے گا اور درخواست کو ادارے کی منظوری مل جائے گی۔ اگر مریض اپنے پہلے ڈسچارج بل کے 240 ویں دن کے بعد درخواست جمع کرتا ہے تو مریض تدریجی پیمانے پر رعایت کی مالی معاونت کا اہل ہوگا، لیکن تب اس زمرے میں مریض کے لیے دستیاب مالی معاونت کی رقم مریض کے ذریعہ کی گئی کسی بھی ادائیگی پر غور کرنے کے بعد مریض کے غیر ادا شدہ بقیہ رقم تک ہی محدود رہے گی۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔

تدریجی پیمانے پر رعایت حسب ذیل ہے: (FPL - وفاقی غربت کی سطح کی آمدنی)

بیمہ شدہ مریض کا تدریجی پیمانہ	%
FPL 0% - 250%	100%
FPL 251% - 300%	95%
FPL 301% - 400%	90%

غیر بیمہ شدہ مریض کا تدریجی پیمانہ	%
FPL 0% - 250%	100%
FPL 251% - 300%	95%
FPL 301% - 400%	90%
FPL 401% - 600%	85%

3. اس مالی معاونت کی پالیسی کی دیگر شقوں کے مطابق، FPL سے 600% آمدنی (غیر بیمہ شدہ مریضوں کی صورت میں) اور 400% فیصد زیادہ آمدنی (بیمہ شدہ مریضوں کی صورت میں) رکھنے والا مریض "Means Test" کے تحت اپنی کل طبی واجبات کی بنیاد پر ادارے کی سہولیات کے چارجز پر رعایت کی شکل میں مالی معاونت کے لئے اہل ہو سکتا ہے۔ Means Test کے تحت مریض اس صورت میں مالی معاونت کا اہل ہوگا اگر مریض کے ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت کے حوالے سے طبی واجبات، بشمول AMITA Health میں شامل ہیلتھ کیئر فراہم کنندگان اور دیگر ہیلتھ کیئر فراہم کنندگان کے طبی واجبات، مریض کی مجموعی گھریلو آمدنی کے مساوی ہوں یا اس سے زیادہ ہوں۔ Means Test کے تحت فراہم کردہ مالی معاونت مذکورہ بالا پیراگراف نمبر 2 کے تحت FPL کے 600% (غیر بیمہ شدہ) اور 400% (بیمہ شدہ) آمدنی رکھنے والے مریض کو دی جانے والی رقم کے مساوی ہوگی، بشرطیکہ مریض اپنی ڈسچارج بل کے بعد 240 روز کے اندر یہ درخواست جمع کروائے اور ادارہ یہ درخواست منظور کر لے۔ اگر مریض اپنے پہلے ڈسچارج بل کے بعد 240 ویں دن کے بعد درخواست جمع کرتا ہے تو مریض جائزہ آمدنی کی رعایت کی مالی معاونت کا اہل ہوگا، لیکن تب اس زمرے میں مریض کے لیے دستیاب مالی معاونت کی رقم مریض کے ذریعہ کی گئی کسی بھی ادائیگی پر غور کرنے کے بعد مریض کے غیر ادا شدہ بقیہ رقم تک ہی محدود رہے گی۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔

اس کے علاوہ، غیر بیمہ شدہ مریضوں کے لیے جو پیراگراف 2 میں بیان کردہ وضاحت کے مطابق تدریجی پیمانے کی رعایت کے اہل ہیں، ان کے لیے 12 مہینوں کی مدت سے زیادہ کی وصولی کو اضافی طور پر مریض کی خاندانی آمدنی کے 20 فیصد تک محدود کیا جائے گا۔

4. اگر کسی "اٹائے جات کے ٹیسٹ" کے بعد یہ قرار دیا جائے کہ مریض کے پاس ادائیگی کرنے کے لئے کافی اٹائے جات موجود ہیں تو ممکن ہے کہ مریض مذکورہ بالا پیراگرافس نمبر 1 تا 3 میں بیان کردہ مالی معاونت کے لئے اہل نہ ہو۔ اٹائے جات کے ٹیسٹ میں ان اٹائے جات کے زمروں کی بنیاد پر مریض کی ادائیگی کرنے کا مکمل تخمینہ کیا جاتا ہے جن کی FAP کی درخواست میں پیمائش کی جاتی ہے۔ کوئی مریض جس کے پاس ایسے اٹائے ہوں جو اس مریض کی FPL کی رقم سے 600% سے زیادہ ہوں تو ہو سکتا ہے کہ وہ مالی معاونت کا اہل نہ ہو۔

5. مالی معاونت کے لیے اہلیت کا تعین ریوینیو سائیکل میں کسی بھی وقت کیا جا سکتا ہے اور 100% خیراتی نگہداشت کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے مریض کی پہلی ڈسچارج بل کے 240 روز کے اندر کافی واجب الادا بیلنس رکھنے والے مریض کے لئے قیاسی اسکورنگ بھی شامل ہو سکتی ہے قطع نظر اس سے کہ درخواست گزار مالی معاونت کی درخواست ("FAP درخواست") مکمل کرنے میں ناکام ہو گیا ہو۔ قیاسی اسکورنگ کی بنیاد پر اہلیت کے تعین کا اطلاق صرف نگہداشت کے اسی حصے پر ہوتا ہے جس کے لئے قیاسی اسکورنگ کی جاتی ہے۔

مندرجہ ذیل میں سے ایک یا ایک سے زیادہ معیاروں کا مظاہرہ کرنے والے مریضوں کو 100% خیراتی نگہداشت کے لئے قیاسی طور پر اہل سمجھا جائے گا: بے گھری، بغیر کسی اٹائے جات کے موت کا شکار، مکمل طور پر ذہنی صلاحیتوں سے محروم اور مریض کے طرف سے اقدام کرنے والا کوئی شخص موجود نہ ہو، Medicaid کے لئے اہل ہو لیکن یہ سہولت حاصل کرنے کی تاریخ پر نہ ہو یا گوریج نہ حاصل کرنے والی سہولت کے لئے ہو، کسی دوسری ریاست میں Medicaid میں شمولیت جہاں ادارہ موجود نہ ہو اور نہ ہی شرکت کرنے والا فراہم کنندہ بننے کا ارادہ نہ رکھتا ہو، اور Medicaid میں شرکت، لیکن قیام کی حدود پوری ہو چکی ہوں۔

اضافی ضروری زمرہ جات میں مندرجہ ذیل پروگرامز کی شرکت شامل ہیں: خواتین، شیرخوار اور بچوں کا غذائی پروگرام (WIC)؛ اضافی غذائی امدادی پروگرام (SNAP)؛ الینوائے مفت لنچ اور ناشتہ پروگرام؛ کم آمدنی والے ہوم انرجی اسسٹنس پروگرام (LIHEAP)؛ طبی نگہداشت تک رسائی فراہم کرنے والے ایسے کمیونٹی بیسڈ پروگرام میں اندراج جو کم آمدنی رکھنے والی مالی حیثیت کو بطور پیمانہ جانچتا ہو اور اسے ریکارڈ کرتا ہو؛ اور طبی سہولیات کے لئے عطیہ کی معاونت کی وصولی۔

6. بیمے کے ایسے مخصوص منصوبوں میں حصہ لینے والے مریض کے لیے، جو ادارے کو "نیٹ ورک سے بالا" سمجھتے ہیں، ادارہ مالی معاونت کو کم یا مسترد کر سکتا ہے جو دوسری صورت میں مریض کے بیمے کی معلومات اور دیگر متعلقہ حقائق اور حالات پر مبنی جائزے کی بنیاد پر مریض کے لیے دستیاب ہوگی۔

7. مریض، مالی معاونت کی اہلیت کے استرداد کے خلاف، اس استرداد کی اطلاع موصول ہونے کے چودہ (14) تقویمی دنوں کے اندر ادارے کو اضافی معلومات فراہم کرتے ہوئے اپیل کر سکتا ہے۔ حتمی تعین کے لیے تمام اپیلوں پر ادارے کی جانب سے نظرثانی کی جائے گی۔ اگر حتمی تعین، مالی معاونت کے سابقہ استرداد کی تصدیق کردے، تو مریض کو تحریری اطلاع ارسال کی جائے گی۔ مالی معاونت کی اہلیت کے حوالہ سے ادارے کے فیصلے کے خلاف مریضوں اور اہل خانہ کی جانب سے اپیل کا طریقہ کار حسب ذیل ہے:

a. اگر قابل اطلاق ہو تو مریض کی مالی خدمات نظرثانی اور مزید سوالات کے جوابات دینے کے لیے سب سے پہلے اپیلز وصول کریں گے۔

b. اس کے بعد تمام اپیلز کی نظرثانی کے لئے ہر مہینے ایک کمیٹی بیٹھے گی۔ کمیٹی کی رکنیت میں مریض کی مالی خدمات، مشن انٹیگریشن، کیس مینیجمنٹ/سوشل سروسز اور فنانس/CFO کے نمائندے شامل ہونے چاہیے۔

نظرثانی کی اس ماہانہ کمیٹی میٹنگ سے پہلے کمیٹی کے ممبران کو اپیلز تقسیم کی جائیں گی۔

c. ہر کیس کے متعلق بات کرنے اور مریض کی طرف سے فراہم کردہ اضافی معلومات کی فراہمی کے لئے کمیٹی کی میٹنگ میں مریض کی مالی خدمات کا نمائندہ موجود ہوگا۔

d. کمیٹی درخواست دہندہ کی FAP درخواست کی اضافی معلومات اور اپیل کے عمل میں درخواست دہندہ کے ذریعہ پیش کردہ نکات پر خصوصی توجہ کے ساتھ جائزہ لے گی۔

e. کمیٹی یہ اپیل منظور، غیر منظور، یا ملتوی کر سکتی ہے۔ اگر اپیل کے مذاکرات کے دوران پوچھے گئے سوالات کے جواب میں اضافی معلومات کی ضرورت پیش آئے تو کمیٹی اپیل کو ملتوی کر سکتی ہے۔

f. مریض کی مالی خدمات مریض یا اس کے گھر والوں کو اپیل کے فیصلے سے تحریری شکل میں آگاہ کریں گے۔

B. مالی معاونت کے لیے نا اہل مریضوں کے لیے دیگر معاونت

ایسے مریض جو مالی معاونت کے اہل نہیں ہیں، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، وہ اس کے باوجود بھی ادارے کی جانب سے پیش کردہ معاونت کی دیگر اقسام کے اہل ہو سکتے ہیں۔ تکمیل کی غرض سے، معاونت کی یہ دیگر اقسام یہاں مندرج کی گئی ہیں، اگرچہ یہ مبنی بر ضرورت نہیں ہیں اور نہ ہی ان سے مقصود 501(r) کا پابند ہونا ہے لیکن ادارے کی سہولیات حاصل کرنے والی کمیونٹی کی سہولت کے لیے یہاں شامل کی گئی ہیں۔

1. غیر بیمہ یافتہ مریض جو مالی معاونت کے اہل نہیں ہیں انہیں اس تنظیم کے سب سے زیادہ ادا کرنے والے ادا کنندہ کو فراہم کردہ رعایت کی بنیاد پر رعایت فراہم کی جائے گی۔ سب سے زیادہ ادا کرنے والا ادا کنندہ لازماً ادارے کی آبادی کا 3% شمار ہوتا ہو جیسا کہ حجم یا مریض کے مجموعی محصولات سے پیمائش کی جاتی ہے۔ اگر کسی واحد ادا کنندہ کا شمار مقدار کی اس کم سے کم سطح تک نہیں ہوتا ہے، تو ایک سے زیادہ ادا کنندہ کے معاہدہ کا اوسط اتنا ہو کہ اوسط کے لیے استعمال ہونے والی ادائیگی کی شرائط ادارے کے اس سال کے کاروبار کے حجم کا کم سے کم 3% ہو۔

2. مالی معاونت کے لئے اہلیت نہ رکھنے والے غیر بیمہ شدہ اور بیمہ شدہ مریضوں کو فوری ادائیگی کے لئے رعایت مل سکتی ہے۔ یہ فوری ادائیگی کی رعایت مذکورہ بالا پیراگراف میں بیان کردہ غیر بیمہ شدہ رعایت کے علاوہ ہو سکتی ہے۔

C. مالی معاونت کے اہل مریضوں کے لیے چارجز پر عائد پابندیاں

1. مالی معاونت کے لیے اہل مریضوں سے ہنگامی یا طبی لحاظ سے ضروری دیگر نگہداشت کے لیے انفرادی طور پر AGB سے زیادہ فیس نہیں لی جائے گی اور نہ ہی دیگر تمام طبی نگہداشت کے لیے مجموعی فیس سے زیادہ فیس لی جائے گی۔ ادارہ "پیچھے-دیکھیں" کا طریقہ استعمال کر کے ایک یا زائد AGB فیصد کا شمار کرتا ہے اور Medicare فیس برائے خدمت شامل کر کے اور صحت کے تمام نجی بیمہ کاروں کو جو ادارے کو دعوؤں کی ادائیگی کرتے ہیں، سب کا سب 501(r) کے مطابق۔

2. AGB کے حساب کتاب کی تفصیل اور فیصد(وں) کی مفت کاپی ادارے کی ویب سائٹ سے، 888-693-2252 پر کال کر کے، amitafinancialassistance@amitahealth.org پر ای میل بھیج کر، یا درج ذیل پر لکھ کر حاصل کی جا سکتی ہے:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. مالی معاونت اور دیگر معاونت کے لیے درخواست دینا

ایک مریض قیاسی اسکورنگ اہلیت کے ذریعے یا مکمل FAP درخواست جمع کرواتے ہوئے مالی معاونت کے لیے درخواست دے کر مالی معاونت کا اہل ہو سکتا ہے۔ FAP کی درخواست اور FAP کی درخواست کی ہدایات ادارے کی ویب سائٹ پر یا 888-693-2252 پر کال کر کے، amitafinancialassistance@amitahealth.org پر ای میل کر کے، یا درج ذیل پتہ پر لکھ کر دستیاب ہیں۔

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
60440 Bolingbrook, IL

ادارہ غیر بیمہ والے افراد سے تقاضہ کرے گا کہ وہ مالی مشیر کے ساتھ مل کر Medicaid یا دیگر عوامی امدادی پروگراموں کے لئے درخواست دیں جس کے لئے مریض کو مالی معاونت کے اہل ہونے کے لئے ممکنہ طور پر اہل سمجھا جاتا ہے (سوائے اس کے کہ جہاں قیاسی اسکورنگ کے ذریعے اہلیت اور منظوری دی جاتی ہے)۔

مریض کی مالی معاونت کی درخواست اس صورت میں رد کی جا سکتی ہے اگر مریض FAP کی درخواست پر غلط معلومات فراہم کرے یا قیاسی اسکورنگ کی اہلیت کے عمل میں اگر مریض بیمہ کی رقم استعمال کرنے یا فراہم کردہ نگہداشت کی ادائیگی کی ذمہ دار بیمہ کمپنی سے براہ راست رقم حاصل کرنے کے حق سے انکار کرے، یا اگر مریض مالی مشیر کی سہولیات حاصل کر کے Medicaid یا دیگر حکومتی معاونتی پروگرامز کی درخواست جمع کروانے سے انکار کر دے، جن کے لیے مریض ممکنہ طور پر اہل ہو سکتا ہے (علاوہ جہاں اہلیت قیاسی اسکورنگ کے تحت موجود اور منظور شدہ ہو)۔ ادارہ موجودہ نگہداشت کی اہلیت کے مطابق تعین کرنے کے لئے کسی بھی اہلیت کے تعین کی تاریخ کے چھ ماہ سے کم عرصے قبل مکمل کردہ FAP کی درخواست پر غور کر سکتا ہے۔ ادارہ کسی بھی اہلیت کے تعین کی تاریخ سے چھ ماہ سے زائد عرصے کے دوران مکمل کردہ FAP کی درخواست پر غور نہیں کرے گا۔

E. بل کاری اور وصولیابیاں

وہ کارروائیاں جو ادارہ عدم ادائیگی کی صورت میں کر سکتا ہے وہ ایک علیحدہ بل کاری اور وصولیابیوں کی پالیسی میں بیان کی گئی ہیں۔ بل کاری اور وصولیابی کی پالیسی کی ایک مفت کاپی ادارے کی ویب سائٹ پر یا 888-693-2252 پر کال کر کے، یا amitafinancialassistance@amitahealth.org پر ای میل کر کے، یا درج ذیل پتہ پر لکھ کر حاصل کی جا سکتی ہے:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

F. تشریح

اس پالیسی کی، تمام قابل اطلاق طریقوں کے ساتھ، 501(r) کے مطابق تشریح اور نفاذ کیا جائے گا ماسوائے اس کے کہ جہاں خاص طور پر وضاحت کی گئی ہو۔

حوالہ جات

- Ascension کی انتظامی پالیسی #600 – ضرورت رکھنے والے افراد کے لئے مالی معاونت
- فارم برائے مالی معاونت کی درخواست
- مالی معاونت کی پالیسی کا آسان زبان میں خلاصہ
- مالی معاونت کی پالیسی کے تحت احاطہ کئے گئے اور احاطہ نہ کئے گئے فراہم کنندگان کی فہرست
- عمومی طور پر بل کی جانے والی رقوم