

Ascension Saint Agnes તંત્રની નીતિ અને કાર્યપ્રણાલીની માર્ગદર્શિકા	પૃષ્ઠ 1/ 8	SYS FI 51
સહભાગી: Ascension Saint Agnesની બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસી	અમલી તારીખ: 7/16	
	સમીક્ષા થયેલ છે: સુધાર્થુ: 7/17, 6/20, 10/20, 12/21, 12/23	
મંજૂરીઓ: અંતિમ - પ્રમુખ/ચીફ એક્ઝિક્યુટિવ ઓફિસર: _____ તારીખ: _____ સહમતિ: _____ તારીખ: _____ (ચીફ એક્ઝિક્યુટિવ ઓફિસરની સહી પછીના 30 દિવસ પછી પોલિસી અસરકારક બને છે.)		

નીતિ/સિદ્ધાંતો

આર્થિક સહાય નીતિ (અથવા “FAP”) મુજબ સંસ્થામાં કટોકટી અને અન્ય તબીબી જરૂરી સંભાળ પૂરી પાડવા માટે સામાજિક રીતે ન્યાયની ખાતરી કરવી Ascension Saint Agnesની નીતિ છે. આ બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસી એ ખાસ એવા દર્દીઓ માટે બિલિંગ અને કલેક્શન પ્રેક્ટિસના સમાધાન માટે તૈયાર કરવામાં આવી છે, જેઓને આર્થિક સહાયતાની જરૂર હોય અને સંસ્થા ખાતે સંભાળ મેળવતા હોય.

તમામ બિલિંગ અને કલેક્શન પ્રેક્ટિસ વ્યક્તિગત માનવ ગરિમા અને સામાન્ય સારપ, ગરીબીમાં જીવતા વ્યક્તિઓ અને અન્ય નબળા લોકો માટે વિશેષ ધ્યાન અને તેમની પડખે ઊભા રહેવું, અને સમાન વિભાજન સાથેના ન્યાય અને પ્રબંધન પ્રત્યે અમારી પ્રતિબદ્ધતા અને આદર દર્શાવશે. આ સંસ્થાના કર્મચારીઓ અને મારફતિયો દ્વારા એવું આચરણ કરવામાં આવવું જોઈએ જે આ નીતિઓ અને કેથોલિક-પ્રાયોજક સુવિધાના મૂલ્યોને પ્રતિબિંબિત કરે, જેમાં દર્દીઓ અને તેમના પરિવારો સાથે પ્રતિષ્ઠા, આદર અને સહાનુભૂતિપૂર્વક વહેવાર કરવાનું સમાવિષ્ટ છે.

આ બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસી સંસ્થા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી તમામ કટોકટી અને અન્ય તબીબી જરૂરી સંભાળને લાગુ પડે છે, જેમાં રોજગાર કરનાર ચિકિત્સક સેવાઓ અને વર્તન સ્વાસ્થ્યનો સમાવેશ થાય છે. આ બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસી ચૂકવણીની વ્યવસ્થાને લાગુ પડતી નથી. કે જે “ઇમરજન્સી” નથી તેવી સંભાળ અને અન્ય “તબીબી જરૂરી સંભાળ” માટે (જે શરતો સંસ્થાના FAP માં વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવી છે).

વ્યાખ્યાઓ

1. “501(r)” એટલે ઇન્ટર્નલ રેવન્યુ કોડની કલમ 501(r) અને તેની હેઠળ સમાવી લેવામાં આવતા વિનિયમો.
2. “એકસ્ટ્રાઓર્ડિનરી કલેક્શન એક્શન્સ (વસૂલીની અસાધારણ કાર્યવાહીઓ)” અથવા “ECA”નો અર્થ છે વસૂલીની નીચે પૈકીની કોઈ પણ પ્રવૃત્તિઓ, જે 501(r) હેઠળ નિયંત્રણોને આધીન હોય:
 - a. દર્દીના ઋણને અન્ય પક્ષને વેચવું.¹

¹ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ સેક્શન 19-214.2(b)(2) મુજબ, સંસ્થા દ્વારા કોઈ ઋણને વેચવામાં આવવું જોઈએ નહીં.

- b. કન્ઝ્યુમર ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ અથવા ક્રેડિટ બ્યુરોને દર્દી વિષેની પ્રતિફૂળ માહિતીની જાણ કરવી.²
- c. FAP હેઠળ કવર કરેલ અગાઉ આપવામાં આવેલી સંભાળના એક અથવા વધુ બિલની દર્દી દ્વારા ચુકવણી કરવામાં આવી ના હોવાને કારણે તબીબી જરૂરી સંભાળને વિલંબિત કરવી અથવા નકારવી કે સંભાળ આપતા પહેલાં ચુકવણી કરવાનું જરૂર હોવાનું કહેવું.
- d. એવી કાર્યવાહીઓ જે માટે કાનૂની કે ન્યાયિક પ્રક્રિયા આવશ્યક બને, દેવાળિયાપણાની જાહેરાત જે વ્યક્તિગત ઇજાની કાર્યવાહીમાં ફાઇલ કરેલા દાવાઓ સિવાય. આ કાર્યવાહીઓમાં નીચેનાનો સમાવેશ થાય છે, પરંતુ તે માત્ર આના પૂરતી મર્યાદિત નથી,
- દર્દીની મિલકત પર ધારણાધિકાર મૂકવો³,
 - દર્દીની મિલકત છોડાવવાનો હક રદ કરવો⁴,
 - દર્દીના બેન્ક ખાતા કે અન્ય વ્યક્તિગત સંપત્તિને ટાંચમાં લઇને અથવા જપ્ત કરીને કે અન્ય રીતે વસુલાત કરવી,
 - દર્દી સામે દીવાની કાર્યવાહી શરૂ કરવી⁵, અને
 - દર્દીના વેતન ના આપવાનો હુકમ મેળવવો.

ECA માં નીચેનામાંથી કોઈપણનો સમાવેશ થતો નથી (પછી ભલે ECA માટે ઉપર નિર્ધારિત કરેલા માપદંડો અન્યથા સામાન્યપણે પૂરા થતા હોય):

- વ્યક્તિગત ઇજાઓ માટે સંસ્થા દ્વારા આપવામાં આવેલી સંભાળના પરિણામ રૂપે દર્દીના દેવા સામેના ચુકાદા, પતાવટ અથવા સમાધાનની કાર્યવાહીઓ પરના રાજ્યના કાયદા હેઠળ સંસ્થા દાવો કરવાને હકદાર હોય તેવો ભોગવટાનો કોઇપણ અધિકાર; અથવા
 - દેવાળિયાપણાની કોઈ પણ કાર્યવાહીમાં દાવો દાખલ કરવો.
- “FAP”નો અર્થ છે સંસ્થાની આર્થિક સહાય નીતિ, જે સંસ્થાના અને Ascension હેલ્થ ના મિશનને આગળ ધપાવવા માટે અને 501(r)નું પાલન થાય તે પ્રમાણે લાયક દર્દીઓને નાણાકીય સહાયતા પૂરી પાડવા માટેની નીતિ છે.
 - “FAP અરજી” નો અર્થ છે નાણાકીય સહાય માટેની અરજી.
 - “નાણાકીય સહાયતા” નો અર્થ છે સંસ્થાની FAP અનુસાર સંસ્થા દર્દીને પૂરી પાડી શકે એવી સહાયતા.
 - “સંસ્થા” એટલે Ascension St Agnes. વધારાની માહિતીની વિનંતી કરવા માટે, પ્રશ્નો અથવા ટિપ્પણીઓ સુપ્રત કરવા

² Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(b)(5) મુજબ, દર્દીને શરૂઆતી બિલ પૂરું પાડ્યા પછી 180 દિવસ સુધી સંસ્થા દ્વારા કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને જાણ કરવામાં આવવી જોઇએ નહીં.

³ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(g)(2) મુજબ, સંસ્થા દ્વારા હોસ્પિટલના બિલના ઋણની ઉધરાણી સામે દર્દીના મુખ્ય રહેઠાણના પૂર્વાધિકાર સંબંધી વિનંતી કરવામાં આવવી જોઇએ નહીં.

⁴ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(g)(1) મુજબ, સંસ્થા દ્વારા હોસ્પિટલના બિલના ઋણની ઉધરાણી સામે દર્દીના મુખ્ય રહેઠાણને છોડાવવાનો હક રદ કરવો જોઇએ નહીં.

⁵ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(b)(5) મુજબ, દર્દીને શરૂઆતી બિલ પૂરું પાડ્યા બાદ 180 દિવસની અંદર ઋણ ઉધરાવવા માટે સંસ્થા દ્વારા કોઇ દીવાની કાર્યવાહી કરવામાં આવવી જોઇએ નહીં.

માટે, અથવા અપીલ સુપ્રત કરવા માટે તમે નીચે જણાવેલા કાર્યાલયનો અથવા સંસ્થા તરફથી તમે મેળવો એવી કોઈ પણ લાગુ પડતી નોટિસ કે પત્રમાં સૂચવેલા કાર્યાલયનો સાંપર્ક કરી શકો છો:

દર્દીની નાણાકીય સેવાઓ @ 1-667-234-2140 પર

7. “દર્દી” એટલે એવી વ્યક્તિ જે સંસ્થા તરફથી સારવાર મેળવતી હોય (અથવા જેણે સંભાળ મેળવી હોય) અને અન્ય કોઈ પણ વ્યક્તિ એ આવી સારવાર માટે આર્થિક રીતે જવાબદાર હોય (જેમાં કુટુંબીજનો અને વાલીઓનો પણ સમાવેશ થાય છે).

બિલિંગ અને કલેક્શન પ્રેક્ટિસ

પૂરી પાડવામાં આવેલી સેવાઓ માટે અને દર્દીઓ સાથે સંવાદ કરવા માટે દર્દીઓને નિયમિતપણે જારી કરાતાં બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ્સ માટે સંસ્થા એક કમબલ્ડ પ્રક્રિયા જાળવે છે. સંસ્થા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ માટે દર્દી દ્વારા ચૂકવણી ન કરવાની ઘટનામાં, સંસ્થા ચૂકવણી મેળવવા માટેની ક્રિયાઓમાં જોડાઈ શકે છે, જેમાં ટેલિફોન, મેઇલ, ઈમેલ દ્વારા અને વ્યક્તિગત રીતે વાતચીત કરવાના પ્રયાસોનો સમાવેશ થાય છે, પરંતુ તેના સુધી મર્યાદિત નથી. ચૂકવણી મેળવવા માટે સંસ્થા ભાગ્યે જ અસાધારણ સંગ્રહ ક્રિયાઓ અથવા “ECA” નો ઉપયોગ કરે છે. જો કે, અમારી આર્થિક સહાય નીતિ (“FAP”) હેઠળ જરૂરિયાતમંદ દર્દીઓ માટે સંસ્થાના સંસાધનો ઉપલબ્ધ રહે અને તેમને નિર્દેશિત કરવામાં આવે તેની ખાતરી કરવા માટે, સંસ્થા આત્યંતિક સંજોગોમાં ECAનો ઉપયોગ કરી શકે છે, જેમાં અવેતન બેલેન્સ સાથે સંબંધિત એકાઉન્ટ્સનો સમાવેશ થાય છે જે એ વૈકલ્પિક સેવાઓ સંબંધિત છે કે જે ઇમર્જન્સી નથી અથવા અન્ય તબીબી જરૂરી સંભાળ નથી, એવી પરિસ્થિતિઓ કે જ્યાં દર્દી પાસે નોંધપાત્ર સંસાધનો હોય (દા.ત., ઉચ્ચ નેટવર્થ) અને બાકી રકમ ચૂકવવાનો ઇનકાર કરી રહ્યા હોય, અથવા જ્યાં સંસ્થા માને છે કે બિનચૂકવણી એ તેની FAP અથવા આ નીતિની શરતોનો ઇરાદાપૂર્વક દુરુપયોગ છે. તે આત્યંતિક સંજોગોમાં, સંસ્થા આ બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસીમાં સમાવિષ્ટ જોગવાઈઓ અને પ્રતિબંધોને આધીન, એક અથવા વધુ ECA નો ઉપયોગ કરી શકે છે. સંસ્થાના FAP હેઠળ માત્ર આંશિક નાણાકીય સહાય માટે લાયકાતને લીધે અથવા FAP હેઠળ સંપૂર્ણ નાણાકીય સહાય માટે લાયક હોય તેવા ખાતાઓ પર સહ-ચૂકવણીના સંદર્ભમાં બાકી રહેલી રકમ ધરાવતા ખાતાઓ માટે સંસ્થા ECA નો ઉપયોગ કરતી નથી. Ascension સિનિયર વાઈસ પ્રેસિડેન્ટ/મુખ્ય મહેસૂલ અધિકારીને તે નક્કી કરવાની અંતિમ સત્તા છે કે સંસ્થાએ નાણાકીય સહાયની પાત્રતા નક્કી કરવા માટે વાજબી પ્રયાસો કર્યા છે અને આત્યંતિક સંજોગો એવા છે કે સંસ્થા કેસ-દર-કેસ આધારે ECA માં જોડાઈ શકે.

501(r) ના અનુસંધાને, આ બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસી એ નક્કી કરવા માટે સંસ્થાએ જે વાજબી પ્રયાસો કરવા જોઈએ તે નક્કી કરે છે કે શું દર્દી તેના FAP હેઠળ નાણાકીય સહાય માટે પાત્ર છે કે નહીં અથવા ECA માં જોડાવા માટે કોઈ આત્યંતિક સંજોગો અસ્તિત્વમાં છે.

એકવાર નિર્ધારિત કરવામાં આવે કે આત્યંતિક સંજોગો અસ્તિત્વમાં છે અને એમ કે દર્દી FAP હેઠળ નાણાકીય સહાય માટે લાયક નથી, સંસ્થા અહીં વર્ણવ્યા મુજબ એક અથવા વધુ ECA સાથે આગળ વધી શકે છે.

1. FAP અરજીની પ્રક્રિયા. નીચે પ્રદાન કરેલ સિવાય, દર્દી કોઈપણ સમયે સંસ્થા દ્વારા પ્રાપ્ત કટોકટી અને અન્ય તબીબી જરૂરી સંભાળના સંદર્ભમાં કોઈપણ સમયે FAP અરજી સબમિટ કરી શકે છે. નાણાકીય સહાયતા માટે યોગ્યતાના નિર્ણયો નીચેના સામાન્ય વર્ગોના આધારે લેવામાં આવશે.
 - a. પૂર્ણ FAP અરજીઓ. દર્દીના કિસ્સામાં જેણે પૂર્ણ FAP અરજી સબમિટ કરી છે, સંસ્થા, સમયસર, સંભાળ માટે ચૂકવણી મેળવવા માટે કોઈપણ ECA સ્થગિત કરશે, પાત્રતા નક્કી કરશે અને લેખિત સૂચના પ્રદાન કરશે, જે નીચે આપેલ છે.

- b. યોગ્યતાના અનુમાનિત નિર્ણયો. જો દર્દી FAP હેઠળ ઉપલબ્ધ સૌથી વધુ ઉદાર સહાય કરતાં ઓછી રકમ માટે પાત્ર હોવાનું અનુમાનિત રીતે નિર્ધારિત થાય છે, તો સંસ્થા દર્દીને નિર્ધારણ માટેના આધારની જાણ કરશે અને દર્દીને વધુ ઉદાર સહાય માટે અરજી કરવા માટે વાજબી સમયગાળો આપશે.
- c. કોઈ અરજી સુપ્રત કરી ન હોય એવી સ્થિતિમાં નોટિસ અને પ્રક્રિયા. પૂર્ણ FAP અરજી સુપ્રત કરવામાં આવી ન હોય અથવા FAPના અનુમાનિત યોગ્યતાના માપદંડો હેઠળ યોગ્યતા નક્કી કરવામાં આવી ન હોય તે સિવાય દર્દીને સંભાળ માટે રજા આપ્યા બાદનું જે પ્રથમ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ મોકલવામાં આવે તેની તારીખથી ઓછામાં ઓછા 120 દિવસો માટે (અથવા આ નીતિમાં દર્શાવ્યા મુજબ કાયદા દ્વારા જરૂરી હોય તેટલો લાંબો સમય) ECA શરૂ કરવાનું ટાળશે. સંભાળના એક કરતાં વધુ એપિસોડના કિસ્સામાં, આ સૂચનાની જોગવાઈઓ સમેકિત હોઈ શકે છે, જેમાં એકત્રિકરણમાં સમાવિષ્ટ સંભાળના સૌથી તાજેતરના એપિસોડના આધારે સમયમર્યાદા નક્કી કરવામાં આવશે. FAP અરજી સબમિટ ન કરી હોય તેવા દર્દી પાસેથી સંભાળ માટે ચૂકવણી મેળવવા માટે એક (1) અથવા વધુ ECA(ઓ) શરૂ કરતા પહેલા અને આત્યંતિક સંજોગો ECA ના ઉપયોગને યોગ્ય ઠેરવે છે કે કેમ તે નક્કી કરવામાં આવે તે પહેલાં, સંસ્થાએ નીચેની કાર્યવાહી કરવી જોઈએ:
- દર્દીને એક લેખિત સૂચના આપો જે પાત્રતા ધરાવતા દર્દીઓ માટે નાણાકીય સહાયતા ઉપલબ્ધ હોવાનું દર્શાવતી હોય, સંભાળ માટે ચૂકવણી પ્રાપ્ત કરવાના હેતુથી લેવામાં આવતા ECA(s)ના પગલાંને ઓળખે અને આપવામાં આવેલ લેખિત સૂચના પછી 30 દિવસ પહેલાંની ના હોય તેવી સમયસીમા દર્શાવે જેના પછી આવા ECA(s)ના પગલા લેવાની શરૂઆત કરવામાં આવી શકે;
 - દર્દીને FAP સરળ ભાષામાં સાર પૂરો પાડશે; અને
 - દર્દીને FAP અને FAP અરજીની પ્રક્રિયા વિશે મૌખિક રીતે જાણ કરવા માટે વાજબી પ્રયત્નો કરશે.
- d. અપૂર્ણ FAP અરજીઓ. અપૂર્ણ FAP અરજી સબમિટ કરનાર દર્દીના કિસ્સામાં, સંસ્થા દર્દીને FAP અરજી કેવી રીતે પૂર્ણ કરવી તે વિશે લેખિતમાં સૂચિત કરશે અને દર્દીને આ કરવા માટે ત્રીસ (30) દિવસનો સમય આપશે. આ સમય દરમિયાન કોઈ પણ પેલિંગ ECA રદ કરવામાં આવશે, અને લેખિત નોટિસમાં (i) FAP હેઠળ જરૂરી વધારાની માહિતી અને/અથવા દસ્તાવેજો અથવા અરજી પૂરી કરવા માટે જરૂરી હોય એવી FAP અરજીનું વર્ણન કર્યું હશે, અને (ii) સંપર્કની યોગ્ય માહિતીનો સમાવેશ કરવામાં આવશે.
2. સંભાળને મુલત્વી રાખવા કે નકારવા અંગેનાં નિયંત્રણો. જ્યાં FAP હેઠળ આવરી લેવામાં આવેલી અગાઉ પૂરી પાડવામાં આવેલી સંભાળ માટે દર્દી એક કે વધુ બિલો ચૂકવવામાં નિષ્ફળ જાય તેના કારણે FAP આપેલી વ્યાજ્યા પ્રમાણે સંસ્થા તબીબી જરૂરી સંભાળ પૂરી પાડતાં પહેલાં ચૂકવણી મુલત્વી રાખવાનો કે નકારવાનો અથવા ચૂકવણી કરવામાં આવે તેવો આગ્રહ રાખવાનો સંસ્થાનો આશય હોય તો દર્દીને FAP અરજી અને લાયક દર્દીઓ માટે આર્થિક સહાયતા ઉપલબ્ધ હોવાનું સૂચવતી લેખિત નોટિસ પૂરી પાડવામાં આવશે.
3. નિર્ધારણની સૂચના; ચૂકવણીની યોજનાનો વિકલ્પ.
- a. નિર્ણયો. દર્દીના ખાતામાં પૂર્ણ કરેલી એક FAP અરજી મળી ગયા પછી, યોગ્યતા નિર્ધારિત કરવા માટે આ સંસ્થા તે FAP અરજીની સમીક્ષા કરશે અને દર્દીને અંતિમ નિર્ણય વિષે લેખિતમાં જાણ કરશે, જેમાં ચૌદ (14) દિવસની અંદર, દર્દી કોઈ વળતર યોજના માટે યોગ્યતા ધરાવે છે કે કેમ તે જણાવવાનું સમાવિષ્ટ છે. અધિસૂચનામાં દર્દીએ આર્થિક રીતે ચૂકવવા પાત્ર રકમના નિર્ધારણનો સમાવેશ કરાશે. જો FAP માટેની અરજી નકારવામાં આવે તો નકાર માટેનું કારણ સમજાવતી નોટિસ અને અપીલ કે પુનર્વિચાર માટેની સૂચનાઓ મોકલવામાં આવશે.

- b. યુકવણીની યોજનાઓ. જો દર્દી યુકવણીની એક યોજના માટે પાત્રતાની જરૂરીયાતોને, જો હોય તો, સંતોષે તો, તેવી યુકવણીની કોઇપણ યોજનાઓ સંસ્થાની આર્થિક સહાય નીતિમાં દર્શાવેલી શરતોને આધિન રહેશે, જેમાં સમય-સમય પર ફેરફાર કરવામાં આવી શકે છે. જો દર્દી કોઇપણ સમયે યુકવણીની યોજનામાં ફેરફાર કરાવવા માગે તો, દર્દી ગ્રાહક સેવા વિભાગનો સંપર્ક કરી શકે છે.⁶
- c. યુકવણીની યોજનાઓનું પાલન. યુકવણીની યોજના સંબંધી આગોતરી યુકવણી અથવા વહેલી યુકવણી કરવા માટે કોઇ દંડ અથવા શુલ્ક લેવામાં આવશે નહીં. જો દર્દી બાર (12) મહિનામાં નિયત કરેલી ઓછામાં ઓછી અગીયાર (11) યુકવણીઓ કરે તો, તે દર્દી યુકવણીની યોજનાનું પાલન કરતા હોવાનું માનવામાં આવશે. જો દર્દી નિયત કરેલી એક માસિક યુકવણી ચૂકી જાય તો, દર્દી યુકવણી ચૂકી ગયાની તારીખથી એક (1) વર્ષની અંદર કોઇ દંડ વિના તે યુકવણી કરી શકે છે. સંસ્થા બાર (12) મહિનાની અવધિની અંદર ચૂકી ગયેલ વધારાની યુકવણીઓને માફ કરી શકે છે અને ઉધરાણી કરતી એજન્સીને બાકી ઋણનો સંદર્ભ આપ્યા વિના અથવા વધુ કાનૂની કાર્યવાહી કર્યા વિના દર્દીને યુકવણીની યોજનામાં ભાગ લેવા દેવાનું ચાલુ રાખવાની અનુમતિ આપી શકે છે.⁷
- d. યુકવણીઓ પાછી કરવી. FAP હેઠળ દર્દી જે રકમ ચૂકવવા માટે નાણાકીય રીતે જવાબદાર હોવાનું નિર્ધારિત કરવામાં આવે તે રકમથી વધી જતી સંભાળ માટે દર્દીએ ચૂકવેલી રકમ માટે સંસ્થા રિફંડ પૂરું પાડશે, સિવાય કે વધારાની રકમ ડોલર 5.00થી ઓછી હોય.
- Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(b)(8) મુજબ, દર્દી નિ:શુલ્ક સંભાળ મેળવવા માટે પાત્ર હોવાનું પાછળથી જાણવા મળે તો, સંસ્થા દ્વારા દર્દી અથવા દર્દીની બાંધધરી આપનાર વ્યક્તિ પાસેથી એકત્રિત કરેલી રકમને પૂરા પાડવામાં આવેલા શરૂઆતી બિલ પછી 240 દિવસની અંદર પાછી કરવામાં આવવી જોઇએ. સેક્શન 9ને આધિન, સંસ્થા દ્વારા દર્દી સામે પ્રાપ્ત કરેલ કોઇપણ યુકાદાને પણ રદ કરવામાં આવવો જોઇએ અને આ સ્થિતિમાં આપેલા કોઇપણ વિપરિત ક્રેડિટ રિપોર્ટને પાછો ખેંચવામાં આવવો જોઇએ.
 - Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(c)(1) મુજબ, સેવાની તારીખ પછી બે વર્ષના સમયગાળાની અંદર જો કોઇ દર્દી સેવાની તારીખે નિ:શુલ્ક સંભાળ માટે પાત્રતા ધરાવતા હોવાનું જોવા મળે તો, દર્દી અથવા દર્દીની બાંધધરી આપનાર વ્યક્તિ પાસેથી લેવામાં આવેલ ડોલર 25થી વધુની રકમ સંસ્થા દ્વારા પાછી કરવામાં આવવી જોઇએ.
 - સેવાના સમયે નિ:શુલ્ક સંભાળની પાત્રતા નિર્ધારિત કરવા માટે સંસ્થા દ્વારા દર્દી અથવા દર્દીની બાંધધરી આપનાર વ્યક્તિ પાસેથી માહિતી પૂરી પાડવાની વિનંતી કરે અને જો સંસ્થાના દસ્તાવેજો જરૂરી માહિતી પ્રદાન કરવામાં દર્દી અથવા દર્દીની બાંધધરી આપનાર વ્યક્તિના સહકારનો અભાવ દર્શાવે તો, સંસ્થા આ સેક્શનના ફકરા (b)(ii) હેઠળ બે વર્ષના સમયગાળાને ઘટાડી શકે છે પરંતુ તે 30 દિવસથી ઓછો ન હોઈ શકે.
 - જો કોઈ દર્દીએ કોઈ સાધન-પરીક્ષણવાળી સરકારી આરોગ્ય સંભાળ યોજનામાં નામ નોંધાયેલ હોય, જેમાં દર્દીને હોસ્પિટલની સેવાઓ માટે પોતે ચૂકવણી કરવાની જરૂર હોય, તો સંસ્થા એ રિફંડ પૂરું પાડે છે જે દર્દીની યોજનાની શરતોનું પાલન કરે છે.

⁶ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ સેક્શન 19-214.2(b)(10)(iii) મુજબ, દર્દી અને સંસ્થા આપવામાં આવેલી યુકવણીની યોજના અથવા દર્દી સાથે કરેલી શરતોમાં ફેરફાર કરવા પારસ્પરિક રીતે સંમત થઈ શકે છે.

⁷ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(e) જુઓ.

e. ECA(ઓ) નો ઊલટો ચુકાદો. દર્દી FAP હેઠળ નાણાકીય સહાયતા મેળવવાને પાત્ર હોવાનું નિર્ધારિત થાય અને શરૂઆતી બિલ આપવામાં આવ્યા પછી 240 દિવસની અંદર જેની ECAને જાણ કરવામાં આવી હોય તેવા કેસમાં⁸, સંભાળ માટેની ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવા માટે દર્દી સામે લેવામાં આવેલી ECA સંબંધી કોઇપણ કાર્યવાહીને પાછી લેવા માટે સંસ્થા ઉપલબ્ધ એવા યોગ્ય પગલાં લેશે. ઉપલબ્ધ આવા યોગ્ય પગલાંઓમાં સામાન્યતઃ દર્દી સામેના કોઇપણ ચુકાદાને રદ કરવાના પગલાં, દર્દીની મિલકત પર લાદવામાં આવેલ વસૂલાત અથવા કબજો હટાવી લેવો અને કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સી અથવા ક્રેડિટ બ્યુરોને પૂરી પાડવામાં આવેલી કોઇપણ પ્રતિફળ માહિતીને દર્દીના ક્રેડિટ રિપોર્ટમાંથી દૂર કરવી વિગેરે સમાવિષ્ટ છે પરંતુ મર્યાદિત નથી. Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(f)(2) મુજબ, સંસ્થા દ્વારા દર્દી વિષે કોઇ કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને પ્રતિફળ માહિતી પૂરી પાડવામાં આવી હોય તો, દર્દી દ્વારા પોતાની જવાબદારી પૂર્ણ કર્યાના સાઠ (60) દિવસની અંદર સંસ્થા દ્વારા તે એજન્સીને દર્દી દ્વારા તેમની જવાબદારી પૂર્ણ કરી હોવાની જાણ કરવાની રહેશે. સંસ્થા દર્દી વિશેની પ્રતિફળ માહિતી પણ પાછી ખેંચી લેશે જો સંસ્થાને જાણ કરવામાં આવે કે આરોગ્ય વીમાના નિર્ણયની અપીલ અથવા સમીક્ષા બાકી છે, અને અપીલ પૂર્ણ થયાના સાઠ (60) દિવસ સુધી; અથવા સંસ્થાએ નાણાકીય સહાય નકારવાની વિનંતી કરેલ પુનઃવિચારણા પૂર્ણ કર્યા પછી સાઠ (60) દિવસ સુધી.⁹

4. અપીલ અને ફરિયાદો. આર્થિક સહાયતા માટેની યોગ્યતાને નકારતી અધિસૂચના મળ્યાના ચૌદ (14) કેલેન્ડર દિવસોની અંદર દર્દી સંસ્થાને વધારાની માહિતી પૂરી પાડીને યોગ્યતાના નકાર સામે અપીલ કરી શકે છે. આખરી નિર્ણય માટે બધી અપીલોની સંસ્થા દ્વારા સમીક્ષા કરવામાં આવશે. જો આખરી નિર્ણય નાણાકીય સહાયના અગાઉના નકારની પુષ્ટિ કરે તો લેખિત અધિસૂચના દર્દીને મોકલવામાં આવશે. જો દર્દી સંસ્થા અથવા ઋણ એકત્ર કરનાર દ્વારા સંસ્થા સામે તબીબી ઋણની ઉધરાણી સંબંધી ફરિયાદ નોંધાવવા માગે તો, દર્દી ગ્રાહક સેવા વિભાગનો સંપર્ક કરી શકે છે.¹⁰

5. વસૂલાતો. સેક્શન 9 ને આધીન, ઉપરોક્ત પ્રક્રિયાઓના નિષ્કર્ષ પર (દર્દી નાણાકીય સહાય માટે તેના FAP હેઠળ પાત્ર છે કે કેમ તે નિર્ધારિત કરવા માટેના વ્યાજબી પ્રયાસો સહિત) અને એ નિર્ધારિત થવા પર કે ECA ના ઉપયોગને યોગ્ય ઠેરવતા આત્યંતિક સંજોગો અસ્તિત્વમાં છે, પેશન્ટ બીલ અને પેમેન્ટ પ્લાનની સ્થાપના, પ્રક્રિયા અને દેખરેખ માટે સંસ્થાની પ્રક્રિયાઓમાં નિર્ધારિત કર્યા મુજબ, સંસ્થા બિનવિમિત અને ઓછા વીમા ધરાવતા દર્દીઓ સામે ECA સાથે આગળ વધી શકે છે. અહીં ઓળખેલા પ્રતિબંધોને આધિન અને Marylandના કાયદા મુજબ, સંસ્થા ડૂબેલા ઋણ ખાતાઓ પર પ્રક્રિયા કરવા માટે ડૂબેલા ઋણની ઉધરાણી કરતી બહારની એક પ્રતિષ્ઠિત એજન્સી અથવા અન્ય સેવા પ્રદાતાનો ઉપયોગ કરી શકે છે અને આવી એજન્સીઓ અથવા સેવા પ્રદાતાઓ દ્વારા ત્રીજા પક્ષોને લાગુ પડતી 501(r)ની જોગવાઈઓનું અને રાજ્ય કાયદા અને આ નીતિનું પાલન કરવામાં આવવું જોઈએ.¹¹ આ નીતિ મુજબ ઋણની ઉધરાણી માટેના કોઇપણ કરાર પર સંસ્થાનું સક્રિય નિરીક્ષણ રહેશે. હોસ્પિટલ બિલના સંબંધમાં દર્દીના ઋણની ઉધરાણીના પ્રયત્નમાં સંસ્થા દ્વારા નીચેની કોઇપણ બાબત કરવામાં આવવી જોઈએ નહીં¹².

- વેચાણ, છોડાવવાનો હકો બંધ કરવો અથવા દર્દીના મુખ્ય રહેઠાણ સામે પૂર્વાધિકારની વિનંતી કરવી;
- દર્દી સામે કોર્ટ તરફથી ગિરફતારી અથવા ધરપકડનું વોરંટ જારી કરાવવું;
- દર્દી નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્રતા ધરાવે છે કે કેમ તે માટે ગ્રાનિશમેન્ટ ઓફ વેજીસને વિનંતી કરવી;

⁸ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(b)(9) જુઓ.

⁹ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(f)(5) જુઓ.

¹⁰ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(b)(10) અનુસાર, સંસ્થાએ દર્દીના બિલના સંચાલન અંગે ફરિયાદ નોંધાવવા માટે દર્દીને એક પદ્ધતિ પ્રદાન કરવી આવશ્યક છે.

¹¹ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(k)(4)(iii) મુજબ, સંસ્થા અને ઋણના ઉધરાણીકર્તા સેક્શન 19-214.2ની જરૂરીયાતોને સંતોષવા માટે સંયુક્ત અને ગંભીર રીતે જવાબદાર છે. COMAR 10.37.10.26 પણ જુઓ.

¹² Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2 જુઓ.

- d. જો સંસ્થાને જાણવા મળે કે દર્દી નિઃશુલ્ક સંભાળ મેળવવાને પાત્ર હતા અથવા તો જો કરની જવાબદારીઓ પૂરી કર્યા પછી મિલકતનું મૂલ્ય બાકી ઋણના અડધા કરતા ઓછું હોય તો, મૃત દર્દીની મિલકત સામે દાવો નોંધાવવો;
 - e. શરૂઆતી બિલ આપ્યાના 180 દિવસ પહેલાં દર્દી સામે કાર્યવાહી કરવી અથવા દર્દી સામે કાર્યવાહી કરવાના ઇરાદાવાળી જરૂરી લેખિત સૂચના આપવી;
 - f. દર્દી નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્રતા ધરાવે છે કે કેમ એ હોસ્પિટલ દ્વારા નક્કી કરતા પહેલાં દર્દી સામે કાર્યવાહી કરવી.
 - g. દર્દી સામે કાર્યવાહી દાખલ કરવા માટે પિસ્તાલીસ (45) દિવસની લેખિત સૂચના આપ્યા વિના કાર્યવાહી કરવી, જે નોટિસ Maryland કોડ, હેલ્થ-જનરલ, સેક્શન 19-214.2(i) અને COMAR 10.37.10.26 ની જરૂરિયાતોનું પાલન કરે છે.
 - h. દર્દીને શરૂઆતી બિલ જારી કર્યાના ઓછામાં ઓછા 180 દિવસની અંદર કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને દર્દી વિષેની વિપરિત માહિતી આપવી.
 - i. જો સંસ્થાને તત્કાળ આગલા 60 દિવસની અંદર આરોગ્ય વીમાના નિર્ણયની અપીલ અથવા સમીક્ષા બાકી હોવાનું ફેડરલના કાયદા અનુસાર સૂચિત કરવામા આવ્યું હોય તો, કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને દર્દી વિષે વિપરિત માહિતી આપવી, દીવાની કાર્યવાહી કરવી અથવા ઋણ ઉધરાણીકર્તાને ઉધરાણીનું કાર્ય સોંપવું. જો સંસ્થાને અપીલની જાણ થાય તે પહેલાં કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને વિપરિત માહિતી આપવામાં આવી હોય તો, સંસ્થા એજન્સીને સેક્શન 3(e) અનુસાર, તે રિપોર્ટને ડિલિટ કરવાની સૂચના આપશે.
 - j. જો સંસ્થા દ્વારા તત્કાળ આગલા 60 દિવસની અંદર દર્દી દ્વારા યોગ્ય રીતે પૂર્ણ કરી લીધી હોય તેવી નિઃશુલ્ક અથવા ઘટાડેલા દરની સંભાળના અસ્વીકારની કરેલી વિનંતી પર પુનઃવિચારણા પૂરી કરી લેવામાં આવી હોય તો, કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને દર્દી વિષે વિપરિત માહિતી આપવી, દીવાની કાર્યવાહી કરવી અથવા ઋણ ઉધરાણીકર્તાને ઉધરાણીનું કાર્ય સોંપવું. જો સંસ્થાને અપીલની જાણ થાય તે પહેલાં કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને વિપરિત માહિતી આપવામાં આવી હોય તો, સંસ્થા એજન્સીને તે વિપરિત રિપોર્ટને ડિલિટ કરવાની સૂચના આપશે.
 - k. નાણાકીય સહાય માટે વીમો ન હોય તેવા અથવા પાત્રતા ધરાવતા હોય એવા દર્દી માટે કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને દર્દી વિષેની વિપરિત માહિતી આપવી.
6. નાણાકીય જવાબદારીની સ્વીકૃતિ. કોઈ વ્યક્તિ સ્વેચ્છાએ નાણાકીય રીતે જવાબદાર લેવાની સંમતિ ના આપે ત્યાં સુધી 18 વર્ષની વયની હોય તેવી વ્યક્તિના તબીબ ઋણ માટે બીજી કોઈપણ વ્યક્તિને નાણાકીય રીતે જવાબદાર માની ના શકાય. આ સંમતિ એક અલગ દસ્તાવેજ પર લેખિતમાં હોવી જોઈએ, જેની આપાતકાલીન રૂમ અથવા બીજી કોઈ આપાતકાલીન સ્થિતિમાં તેની વિનંતી કરી શકાય નહીં અને આપાતકાલીન સેવાઓ પૂરી પાડવાની સ્થિતિમાં તે જરૂરી ન પણ હોઈ શકે.
 7. વ્યાજ. અદાલતનો કોઈ ચુકાદો ના આવે ત્યાં સુધી સંસ્થા દ્વારા સ્વતઃ ચુકવણી કરતા દર્દીઓના બિલ પર વ્યાજ લગાવવામાં આવવું જોઈએ નહીં. નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્રતા ધરાવતા હોય તેવા દર્દીને સેવા આપ્યાની તારીખે થયેલા પછી ઉદ્ભવેલા કોઈપણ ઋણ પર સંસ્થા વ્યાજ અથવા શુલ્ક લગાવી શકે નહીં.¹³
 8. શુલ્ક. Marylandના કાયદા દ્વારા સ્થાપિત કર્યા મુજબ, નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્રતા ધરાવતા દર્દી પાસેથી હોસ્પિટલની સેવા માટે મંજૂર કરેલા ખર્ચથી વધુ રકમ પર સંસ્થા દ્વારા વધારાનો શુલ્ક લેવામાં આવવો જોઈએ નહીં.¹⁴

¹³ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(b)(3) અને સેક્શન 19-214.2(d) જુઓ.

¹⁴ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(b)(11) જુઓ.

9. વર્તમાન પ્રણાલીઓ. આ બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસીની કોઈપણ જોગવાઈથી વિપરિત હોવા છતાં, સંસ્થા વર્તમાનમાં દર્દીઓ સામે ચુકાદાઓ માંગતી નથી, ક્રેડિટ એજન્સીઓને દર્દીઓની વિપરિત માહિતી આપતી નથી અથવા તબીબી ઋણની વિલંબિત ચુકવણીઓ પર કોઈ વ્યાજ લગાવતી નથી. સંસ્થાના મુખ્ય નાણાકીય અધિકારી અને કાનૂની વિભાગ સાથે પરામર્શ કર્યા બાદ વર્તમાન પ્રણાલીઓના કોઈપણ બદલાવોને Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.1 અને તેને સંબંધી અન્ય અનુસાર લાગુ કરવામાં આવશે. ઓછામાં ઓછું, સંસ્થા Maryland રાજ્ય દ્વારા જારી કરેલા માર્ગદર્શનોનું પાલન કરતી ચુકવણીની યોજનાની નીતિને સ્થાપિત અને લાગુ કરે નહીં ત્યાં સુધી સંસ્થા દર્દી સામે કોઈ કાનૂની કાર્યવાહી કરશે નહીં.
10. રિપોર્ટ કરવાની જરૂરિયાતો. રાજ્યની રિપોર્ટ કરવાની જરૂરિયાતોનું પાલન કરવા માટે સંસ્થાએ નીચેની માહિતી એકત્ર કરવી જોઈએ:
- જાતિ/વંશીયતા, લિંગ અને ઝિપ કોડ દ્વારા દર્દીઓની કુલ સંખ્યા કે જેમની સામે સંસ્થા અથવા તેના કરાર કરાયેલ ઋણ એકત્રકર્તાએ તબીબી ઋણ એકત્રિત કરવા માટે કાર્યવાહી કરી હતી;
 - જાતિ/વંશીયતા, લિંગ અને પિન કોડ દ્વારા દર્દીઓની કુલ સંખ્યા કે જેમના માટે સંસ્થાએ ખરાબ ઋણ અંગે રિપોર્ટ કર્યો નથી અથવા તેવું વર્ગીકરણ કર્યું નથી; અને
 - વીમા ધરાવતા દર્દીઓ પાસેથી ખિસ્સા બહારના ખર્ચ સહિત અને વીમા વગરના દર્દીઓ પાસેથી વસૂલવામાં આવતી કુલ ડોલરની રકમ.¹⁵

¹⁵ Maryland કોડ, હેલ્થ – જનરલ, સેક્શન 19-214.2(a) જુઓ.