

Ascension Saint Agnes प्रणाली नीति र कार्यविधि निर्देशिका	पृष्ठ 7 को 1	SYS FI 51
विषय: Ascension Saint Agnes बिलिङ र सङ्कलन नीति	लागू हुने मिति: 7/16	
	समीक्षा मिति: संशोधन मिति: 7/17, 6/20, 10/20, 12/21, 12/23	
स्वीकृति:		
अन्तिम - अध्यक्ष/CEO: _____ मिति: _____		
सहमति: _____ मिति: _____		
<i>(नीतिहरू CEO ले हस्ताक्षर गरेको 30 दिनपछि लागू हुन्छन्।)</i>		

नीति/सिद्धान्तहरू

Ascension Saint Agnes को नीति संस्थाको आर्थिक सहयोग नीति (वा “FAP”) अनुसार आकस्मिक र अन्य चिकित्सकीय हिसाबले अत्यावश्यक हेरचाह प्रदान गर्न सामाजिक रूपमा न्यायपूर्ण अभ्यास सुनिश्चित गर्नु हो। यो बिलिङ र सङ्कलन नीति विशेष गरी आर्थिक सहयोग आवश्यक पर्ने र संस्थामा हेरचाह प्राप्त गर्ने बिरामीहरूका सम्बन्धमा बिलिङ र सङ्कलन अभ्यासहरूलाई सम्बोधन गर्न तयार गरिएको हो।

सबै बिलिङ र सङ्कलन अभ्यासहरूमा व्यक्तिगत मानवीय मर्यादा र साझा हितप्रतिको हाम्रो प्रतिबद्धता र श्रद्धा, गरिबीमा बाँचिरहेका व्यक्ति र अन्य जोखिममा परेका व्यक्तिहरूप्रति हाम्रो विशेष चासो र ऐक्यबद्धता अनि वितरणात्मक न्याय र व्यवस्थापनप्रतिको हाम्रो प्रतिबद्धतालाई प्रतिबिम्बित हुने छन्। संस्थाका कर्मचारी र एजेन्टहरूले क्याथोलिक-प्रायोजित सुविधाको नीति र मूल्यमान्यताहरू प्रतिबिम्बित गर्ने हिसाबले व्यवहार गर्ने छन्, जसमा बिरामी र उनीहरूका परिवारजनलाई मर्यादा, सम्मान र करुणापूर्वक व्यवहार गर्नेलगायत पर्दछन्।

यो बिलिङ र सङ्कलन नीति संस्थाद्वारा प्रदान गरिने कार्यरत चिकित्सक सेवाहरू र व्यवहारजन्य स्वास्थ्यलगायत सबै आकस्मिक र अन्य चिकित्सकीय हिसाबले अत्यावश्यक हेरचाहमा लागू हुन्छ। यो बिलिङ र सङ्कलन नीति “आकस्मिक” प्रकृतिको नभएका हेरचाह र अन्य “चिकित्सकीय हिसाबले आवश्यक हेरचाह” का लागि भुक्तानी व्यवस्थाहरूमा लागू हुँदैन (जस्तै संस्थाको FAP मा परिभाषित ती सर्तहरू)।

परिभाषाहरू

1. “501(r)” भन्नाले आन्तरिक राजस्व संहिताको धारा 501(r) र त्यसअन्तर्गत जारी गरिएका नियमहरू भन्ने बुझिन्छ।
2. “असाधारण सङ्कलन कार्यहरू” वा “ECAs” भन्नाले 501(r) अन्तर्गत प्रतिबन्धहरूको अधीनमा रहेका निम्न सङ्कलन गतिविधिहरूमध्ये कुनै भन्ने बुझिन्छ:
 - a. बिरामीको कर्जा अर्को पक्षलाई बिक्री गर्ने।¹
 - b. बिरामीको बारेमा प्रतिकूल विवरण उपभोक्ता क्रेडिट रिपोर्टिङ एजेन्सी वा क्रेडिट ब्यूरोहरूलाई रिपोर्ट गर्ने।²

¹ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य - सामान्य, धारा 19-214.2(b)(2) अनुसार, संस्थाले कुनै पनि कर्जा बिक्री गर्न पाउने छैन।

² मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य - सामान्य, धारा 19-214.2(b)(5) अनुसार, बिरामीलाई सुरुको बिल प्रदान गरिएको 180 दिनभित्र संस्थाले उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीलाई रिपोर्ट गर्नु हुँदैन।

- c. FAP अन्तर्गत कभर गरिने र पहिले प्रदान गरिएको हेरचाहका लागि बिरामीले एक वा बढी बिलहरू भुक्तानी नगरेको कारणले गर्दा चिकित्सकीय हिसाबले अत्यावश्यक हेरचाह स्थगित गर्ने वा अस्वीकार गर्ने वा अनिवार्य भुक्तानी गर्न लगाउने।
- d. दिवालियापन वा व्यक्तिगत चोटपटकको कार्यवाहीमा दायर गरिने दाबीहरू बाहेक, कानुनी वा न्यायिक प्रक्रिया आवश्यक पर्ने कार्यहरू। यी कार्यहरूमा निम्नलगायत पर्दछन्:
- बिरामीको सम्पत्तिमाथि हकाधिकार राख्ने³,
 - बिरामीको सम्पत्ति जफत गर्ने⁴,
 - बिरामीको बैंक खाता वा अन्य व्यक्तिगत सम्पत्तिमा लेबी लगाउने वा अन्यथा नत्थी गर्ने वा जफत गर्ने,
 - बिरामी विरुद्ध अदालती कारबाही सुरु गर्ने⁵, र
 - बिरामीको तलबबाट कटाउने।

ECA मा निम्नमध्ये कुनै पनि समावेश हुँदैन (माथि उल्लेख गरिएको ECA का लागि मापदण्डहरू सामान्यतया पूरा भए पनि):

- संस्थाले हेरचाह प्रदान गरेको व्यक्तिगत चोटपटकको परिणामस्वरूप बिरामीलाई तिर्नुपर्ने फैसला, सेटलमेन्ट वा सम्झौताबाट प्राप्त रकममा प्रान्तीय कानून अन्तर्गत संस्थाले दाबी गर्न पाउने कुनै पनि हकाधिकार; वा
 - कुनै पनि दिवालियापन कार्यवाहीमा दाबी दायर गर्ने।
- “FAP” भन्नाले संस्थाको आर्थिक सहयोग नीति बुझिन्छ, यो संस्था र Ascension Health को मिसनलाई अगाडि बढाउन र 501(r) को अनुपालनमा योग्य बिरामीहरूलाई आर्थिक सहयोग प्रदान गर्ने नीति हो।
 - “FAP आवेदन” भन्नाले आर्थिक सहयोगका लागि आवेदन बुझिन्छ।
 - “आर्थिक सहयोग” भन्नाले संस्थाको FAP अनुसार संस्थाले बिरामीलाई प्रदान गर्न सक्ने सहयोग बुझिन्छ।
 - “संस्था” को अर्थ Ascension St Agnes हुन्छ। थप जानकारी अनुरोध गर्न, प्रश्न वा टिप्पणी पेस गर्न वा अपील पेस गर्न, तपाईंले तल सूचीबद्ध कार्यालय वा संस्थाबाट प्राप्त हुने कुनै पनि सम्बन्धित सूचना वा सञ्चारमा सूचीबद्ध गरिए अनुसार सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ:
- बिरामी वित्तीय सेवा विभाग @ 1-667-234-2175
- “बिरामी” भन्नाले संस्थाबाट हेरचाह प्राप्त गर्ने व्यक्ति (वा जसले हेरचाह प्राप्त गरेको छ) र त्यस्तो हेरचाहका लागि आर्थिक रूपमा जिम्मेवार अन्य कुनै व्यक्ति (परिवारका सदस्य र अभिभावकलगायत) बुझिन्छ।

बिलिङ र सङ्कलन अभ्यासहरू

संस्थाले बिरामीहरूलाई प्रदान गरिने सेवाहरूका लागि नियमित रूपमा बिलिङ विवरण जारी गर्न र बिरामीहरूसँग कुराकानी गर्न व्यवस्थित प्रक्रिया कायम राख्दछ। संस्थाले प्रदान गरेका सेवाहरूवापतको शुल्क बिरामीले भुक्तानी नगरेको अवस्थामा, संस्थाले भुक्तानी प्राप्त गर्न टेलिफोन, पत्राचार, इमेल र व्यक्तिगत रूपमा भेट्टी सञ्चार गर्ने प्रयासहरूलगायत कार्यहरूमा संलग्न हुन सक्छ। संस्थाले विरलै भुक्तानी प्राप्त गर्नका लागि असाधारण सङ्कलन

³ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, धारा 19-214.2(g)(2) अनुसार, संस्थाले अस्पतालको बिलमा तिर्नुपर्ने बक्यौता उठाउन बिरामीको मुख्य निवासमा हकाधिकार अनुरोध गर्ने छैन।

⁴ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, धारा 19-214.2(g)(1) अनुसार, संस्थाले अस्पतालको बिलमा तिर्नुपर्ने बक्यौता उठाउन बिरामीको मुख्य निवास जफत गर्ने छैन।

⁵ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य - सामान्य, धारा 19-214.2(b)(5) अनुसार, बिरामीलाई सुरुको बिल प्रदान गरिएको 180 दिनभित्र संस्थाले बक्यौता उठाउन अदालतमा मुद्दा दायर गर्ने छैन।

कार्यहरू वा "ECAs" अपनाउँछ। यद्यपि, हाम्रो आर्थिक सहयोग नीति ("FAP") अन्तर्गत विपन्न बिरामीहरूका लागि संस्थाका स्रोतहरू उपलब्ध रहने र तीप्रति निर्देशित हुने कुरा सुनिश्चित गर्न, संस्थाले जसमा आकस्मिक वा अन्य चिकित्सकीय हिसाबले अत्यावश्यक हेरचाहबाहेकका वैकल्पिक सेवाहरूसँग सम्बन्धित भुक्तानी नगरी बक्यौता भएका खाताहरू, बिरामीसँग पर्याप्त स्रोतहरू (जस्तै, उच्च नेट वर्थ) भएको र बाँकी रकम तिर्न अस्वीकार गरेको अवस्था वा भुक्तानी नगर्नु यसको FAP वा यस नीतिका सर्तहरूको जानाजानी दुरुपयोग हो भन्ने संस्थालाई लागेमा लगायतका चरम परिस्थितिहरूमा ECA प्रयोग गर्न सक्छ। ती चरम परिस्थितिहरूमा, संस्थाले यस बिलिङ र सङ्कलन नीतिमा समावेश गरिएका प्रावधान र प्रतिबन्धहरूको अधीनमा रही एक वा बढी ECA प्रयोग गर्न सक्ने छ। संस्थाको FAP अन्तर्गत आंशिक आर्थिक सहयोगका लागि मात्र योग्य भएको कारणले गर्दा बक्यौता रहेका खाताहरू वा FAP अन्तर्गत पूर्ण आर्थिक सहयोगका लागि योग्य खाताहरूमा सह-भुक्तानीहरूको सन्दर्भमा संस्थाले ECA प्रयोग गर्दैन। Ascension का वरिष्ठ उपाध्यक्ष / प्रमुख राजस्व अधिकारीसँग संस्थाले आर्थिक सहयोग योग्यता निर्धारण गर्न उचित प्रयास गरेको र संस्थाले हरेक केसलाई छुट्टाछुट्टै आधारमा ECA मा संलग्न हुन सक्ने चरम परिस्थितिहरू रहे-नरहेको निर्धारण गर्ने अन्तिम अधिकार हुन्छ।

501(r) अनुसार, यो बिलिङ र सङ्कलन नीतिले बिरामी संस्थाले यसको FAP अन्तर्गत आर्थिक सहायताका लागि योग्य छ-छैन वा ECA अपनाउनका लागि औचित्य प्रमाणित गर्ने चरम परिस्थिति अवस्थित छ-छैन भनेर निर्धारण गर्न संस्थाले गर्नुपर्ने उचित प्रयासहरू पहिचान गर्दछ।

चरम परिस्थिति रहेको र बिरामी FAP अन्तर्गत आर्थिक सहयोगका लागि योग्य नरहेको निर्धारण भएपछि, संस्थाले यहाँ वर्णन गरिएअनुसार एक वा बढी ECA हरू अपनाएर अगाडि बढ्न सक्छ।

1. FAP आवेदन प्रशोधन। तल दिइएको अवस्थामा बाहेक, बिरामीले संस्थाबाट प्राप्त आकस्मिक र अन्य चिकित्सकीय हिसाबले अत्यावश्यक हेरचाहको सम्बन्धमा कुनै पनि बेला FAP आवेदन पेस गर्न सक्ने छन्। आर्थिक सहयोगका लागि योग्यताको निर्धारण निम्न सामान्य श्रेणीहरूको आधारमा प्रशोधन गरिने छ।
 - a. पूर्ण FAP आवेदनहरू। पूर्ण FAP आवेदन पेस गर्ने बिरामीको हकमा, संस्थाले समयमै, हेरचाहका लागि भुक्तानी प्राप्त गर्न, योग्यता निर्धारण गर्न र तल दिइएअनुसार लिखित सूचना प्रदान गर्न कुनै पनि ECA निलम्बन गर्ने छ।
 - b. अनुमानित योग्यता निर्धारण। कुनै बिरामी FAP अन्तर्गत उपलब्ध सबैभन्दा उदार सहयोगभन्दा कम रकमका लागि योग्य हुने अनुमान गरिएको अवस्थामा, संस्थाले बिरामीलाई निर्धारणको आधारको बारेमा सूचित गर्ने छ र बिरामीलाई अझ उदार सहयोगका लागि आवेदन दिन यथोचित समय प्रदान छ।
 - c. आवेदन पेस नगरिएको अवस्थामा सूचना र प्रक्रिया। पूर्ण FAP आवेदन पेस गरिएको वा FAP को अनुमानित योग्यता मापदण्ड अन्तर्गत योग्यता निर्धारण गरिएको अवस्थामा बाहेक, संस्थाले बिरामीलाई हेरचाहका लागि पहिलो पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिङ विवरण पठाइएको मितिबाट कम्तीमा 120 दिनसम्म (वा यस नीतिमा उल्लेख गरिएअनुसार कानूनले अनिवार्य गरेको लामो अवधि) ECA सुरु गर्ने छैन। धेरै पटक हेरचाह गरिएको अवस्थामा, यी सूचना प्रावधानहरूलाई सञ्चित गर्न सकिने छ, जसमा समयसीमाहरू सञ्चयमा समावेश गरिएको सबैभन्दा पछिल्लो हेरचाहमा आधारित हुने छन्। FAP आवेदन पेस नगर्ने बिरामीबाट हेरचाहका लागि भुक्तानी प्राप्त गर्न एक (1) वा बढी ECA(हरू) सुरु गर्नुअघि र चरम परिस्थितिहरूले ECA को प्रयोगलाई जायज ठहर्‍याउँछ कि ठहर्‍याउँदैन भन्ने कुरा निर्धारण गर्नुअघि, संस्थाले निम्न कार्यहरू गर्ने छ:
 - i. योग्य बिरामीहरूलाई आर्थिक सहयोग उपलब्ध रहेको सङ्केत गर्ने लिखित सूचना प्रदान गर्ने छ, हेरचाहवापतको भुक्तानी प्राप्त गर्न अपनाइने ECA(हरू) पहिचान गर्ने छ र लिखित सूचना प्रदान गरिएको मितिले 30 दिनपछि त्यस्ता ECA(हरू) सुरु गर्न सकिने समयसीमा उल्लेख गर्ने छ;
 - ii. बिरामीलाई सरल भाषामा FAP को सारांश प्रदान गर्ने छ; र
 - iii. बिरामीलाई FAP र FAP आवेदन प्रक्रियाको बारेमा मौखिक रूपमा सूचित गर्न उचित प्रयास गर्ने छ।

- d. अपूर्ण FAP आवेदनहरू। अपूर्ण FAP आवेदन पेस गर्ने बिरामीको हकमा, संस्थाले FAP आवेदन कसरी पूरा गर्ने भन्ने बारे बिरामीलाई लिखित रूपमा सूचित गर्ने छ र बिरामीलाई त्यसो गर्न तीस (30) पात्रो दिनको समय दिने छ। यस बेला कुनै पनि विचाराधीन ECA हरू निलम्बन गरिने छ र लिखित सूचनामा (i) FAP अन्तर्गत आवेदन पूरा गर्न चाहिने थप विवरण र/वा कागजातहरू वा FAP आवेदनको बारेमा वर्णन गरिने छ र (ii) उपयुक्त सम्पर्क विवरण समावेश गरिने छ।
2. हेरचाह स्थगित गर्ने वा अस्वीकार गर्ने सम्बन्धी प्रतिबन्धहरू। बिरामीले पहिले प्रदान गरिएको FAP अन्तर्गत कभर गरिने हेरचाहवापतको एक वा बढी बिलहरू भुक्तानी नगरेको कारणले गर्दा, संस्थाले FAP मा परिभाषित गरिएअनुसार चिकित्सकीय हिसाबले अत्यावश्यक हेरचाह स्थगित गर्ने वा अस्वीकार गर्ने वा हेरचाह प्रदान गर्नुअधि भुक्तानी गराउने आशय राखेको अवस्थामा, बिरामीलाई FAP आवेदन र योग्य बिरामीहरूका लागि आर्थिक सहयोग उपलब्ध रहेको सङ्केत गर्ने लिखित सूचना प्रदान गरिने छ।
3. निर्णयको सूचना; भुक्तानी योजना विकल्प।
- a. निर्णयहरू। बिरामीको खातामा पूरा भएको FAP आवेदन प्राप्त भएपछि, संस्थाले चौध (14) पात्रो दिनभित्र योग्यता निर्धारण गर्न FAP आवेदनको मूल्याङ्कन गर्ने छ र बिरामीलाई निज भुक्तानी योजनाका लागि योग्य रहे-नरहेको लगायत अन्तिम निर्णयको लिखित रूपमा सूचित गर्ने छ। सूचनामा बिरामीले आर्थिक रूपमा कति रकम बेहोर्नुपर्ने छ भन्ने कुराको निर्धारण समावेश गरिने छ। FAP का लागि आवेदन अस्वीकृत भएमा, अस्वीकृत गर्नुको कारण र अपील वा पुनर्विचारका लागि निर्देशनहरू व्याख्या गरेर सूचना पठाइने छ।
- b. भुक्तानी योजनाहरू। बिरामीले भुक्तानी योजनाका लागि योग्यता मापदण्डहरू पूरा गरेमा, त्यस्ता कुनै पनि भुक्तानी योजनाहरू संस्थाको आर्थिक सहयोग नीतिमा उल्लिखित सर्तहरूको अधीनमा हुने छन्, जुन समय-समयमा संशोधन गर्न सकिने छ। कुनै पनि बिन्दुमा बिरामीले भुक्तानी योजनाका सर्तहरू परिमार्जन गर्न चाहेमा, बिरामीले ग्राहक सेवा विभागलाई सम्पर्क गर्न सक्ने छन्।⁶
- c. भुक्तानी योजनाहरूको अनुपालन। भुक्तानी योजनाको पूर्वभुक्तानी वा समयपूर्व भुक्तानीका लागि कुनै जरिवाना वा शुल्क लाग्ने छैन। बाह (12) महिनाको अवधिभित्र कम्तीमा एघार (11) निर्धारित भुक्तानी गरिएमा बिरामीले भुक्तानी योजना अनुपालन गरेको मानिने छ। बिरामीले निर्धारित मासिक भुक्तानी छुटाएको खण्डमा, बिरामीले भुक्तानी छुटेको मितिबाट एक (1) वर्षभित्र यो भुक्तानी गर्न सक्ने छन् र बिरामीलाई कुनै जरिवाना लाग्ने छैन। संस्थाले बाह (12) महिनाको अवधिभित्र कुनै पनि थप किस्ता भुक्तानी गर्न छुटेमा माफ गर्न सक्ने छ र बिरामीलाई बाँकी कर्जा सङ्कलन एजेन्सीलाई सिफारिस नगरी वा थप कानुनी कारबाही नगरी भुक्तानी योजनामा भाग लिइराख्नु अनुमति दिन सक्ने छ।⁷
- d. रकम फिर्ता। FAP अन्तर्गत बिरामीले हेरचाहवापत व्यक्तिगत रूपमा भुक्तानी गर्नुपर्ने निर्धारण गरिएको रकमभन्दा बढी तिरेको रकम संस्थाले फिर्ता गर्ने छ, तर त्यस्तो बढी रकम \$5.00 भन्दा कम हुनु हुँदैन।
- i. मेरील्याण्ड संहिता 19-214.2(b)(8) अनुसार, संस्थाले सुरुको बिल प्रदान गरिएको 240 दिनभित्र पछि निःशुल्क हेरचाहका लागि योग्य ठहराइएको बिरामी वा बिरामीको जमानीकर्ताबाट सङ्कलन गरिएको रकम फिर्ता गर्ने छ। धारा 9 को अधीनमा रही, संस्थाले यस अवस्थामा बिरामी विरुद्ध प्राप्त कुनै पनि फैसला खारेज गर्ने छ वा कुनै पनि प्रतिकूल क्रेडिट रिपोर्ट फिर्ता लिने छ।

⁶ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य - सामान्य, धारा 19-214.2(b)(10)(iii) अनुसार, बिरामी र संस्थाले बिरामीसँग प्रस्ताव वा हस्ताक्षर गरिएका भुक्तानी योजनाका सर्तहरू परिमार्जन गर्न पारस्परिक रूपमा सहमत हुन सक्छन्।

⁷ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य - सामान्य, खण्ड 19-214.2(e) हेर्नुहोस्।

- ii. मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य - सामान्य, धारा 19-214.2(c)(1) अनुसार, सेवा प्रदान गरेको मितिबाट दुई वर्षको अवधिभित्र, सेवाको मितिमा निःशुल्क हेरचाहका लागि योग्य भएको ठहर्‍याइएका बिरामी वा बिरामीको जमानीकर्ताबाट सङ्कलन गरिएको \$25 भन्दा बढी रकम संस्थाले फिर्ता गर्ने छ।
 - iii. संस्थाले आवश्यक विवरण प्रदान गर्न बिरामी वा बिरामीका जमानीकर्ताले सहयोग नगरेको रेकर्ड गरेमा, निःशुल्क हेरचाहका लागि बिरामीको योग्यता निर्धारण गर्न, संस्थाले यस धाराको अनुच्छेद (b)(ii) अन्तर्गतको दुई वर्षको अवधिलाई संस्थाले बिरामी वा बिरामीको जमानीकर्ताबाट विवरण अनुरोध गरेको मितिबाट कम्तीमा 30 दिनमा घटाउन सक्ने छ।
 - iv. कुनै बिरामी बिरामीले अस्पताल सेवाहरूका लागि आफ्नो खल्लीबाट भुक्तानी गर्नुपर्ने न्यून आयका आधारमा सरकारी स्वास्थ्य सेवा योजनामा सामेल भएका छन् भने, संस्थाले बिरामीको योजनाका सर्तहरू अनुरूप हुने गरी फिर्ताको व्यवस्था गर्ने छ।
- e. ECA(हरू) उल्ट्याउने। ECA रिपोर्ट गरिएको सुरुको बिल जारी गरिएको 240 दिनभित्र बिरामी FAP अन्तर्गत आर्थिक सहयोगका लागि योग्य रहेको निर्धारण गरिएको हदसम्म⁸, संस्थाले हेरचाहवापतको भुक्तानी प्राप्त गर्न बिरामी विरुद्ध अपनाइएको कुनै पनि ECA उल्ट्याउन सबै उचित उपलब्ध उपायहरू अपनाउने छ। त्यस्ता मुनासिब रूपमा उपलब्ध उपायहरूमा सामान्यतया बिरामी विरुद्धको कुनै पनि निर्णय खारेज गर्ने, बिरामीको सम्पत्तिमा रहेको कुनै पनि लेबी वा हकाधिकार हटाउने र उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सी वा क्रेडिट ब्यूरोलाई रिपोर्ट गरिएको कुनै पनि प्रतिकूल विवरण बिरामीको क्रेडिट रिपोर्टबाट हटाउने उपायहरू लगायत पर्दछन्। मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य - सामान्य, धारा 19-214.2(f)(2) अनुसार, संस्थाले बिरामीको भुक्तानी दायित्व पूरा भएको साठी (60) दिनभित्र संस्थाले बिरामीको बारेमा प्रतिकूल विवरण रिपोर्ट गरेको कुनै पनि उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीलाई दायित्व पूरा गरेको रिपोर्ट गर्ने छ। संस्थालाई स्वास्थ्य बिमा निर्णयको अपील वा समीक्षा विचाराधीन रहेको जानकारी दिइएमा र अपील पूरा भएको साठी (60) दिनपछिसम्म; वा संस्थाले आर्थिक सहयोग अस्वीकृतिको पुनर्विचार गर्न अनुरोध गरेको साठी (60) दिनपछिसम्म, संस्थाले बिरामीको बारेमा प्रतिकूल विवरण पनि फिर्ता लिने छ।⁹
4. पुनरावेदन र गुनासोहरू। बिरामीले अस्वीकृतिको सूचना प्राप्त भएको चौध (14) पात्रो दिनभित्र संस्थालाई थप विवरण प्रदान गरेर आर्थिक सहयोगका लागि योग्यताको अस्वीकृतिका लागि अपील गर्न सक्ने छन्। संस्थाद्वारा अन्तिम निर्णयका लागि सबै अपीलहरूको समीक्षा गरिने छ। अन्तिम निर्णयमा आर्थिक सहायताको अघिल्लो अस्वीकृतिलाई पुष्टि गरियो भने, बिरामीलाई लिखित सूचना पठाइने छ। बिरामीले संस्था वा कर्जा सङ्कलकद्वारा मेडिकल कर्जा सङ्कलनको बारेमा संस्थामा उजुरी दायर गर्न चाहेमा, बिरामीले ग्राहक सेवा विभागलाई सम्पर्क गर्न सक्ने छन्।¹⁰
 5. सङ्कलन। धारा 9 को अधीनमा रही, माथिका कार्यविधिहरू (संस्थाको FAP अनुसार बिरामी आर्थिक सहयोगका लागि योग्य छ-छैन भनेर निर्धारण गर्ने उचित प्रयासहरू लगायत) निष्कर्षमा पुगिसकेपछि र ECA को प्रयोगलाई जायज ठहर्‍याउने चरम परिस्थितिहरू अवस्थित रहेको कुरा निर्धारण गरिएपछि, संस्थाले बिरामीको बिल र भुक्तानी योजनाहरू स्थापना, प्रशोधन र अनुगमन गर्ने संस्थाका कार्यविधिहरूमा निर्धारण गरिएअनुसार, बिमा नगरिएका र अपुग बिमा गरिएका र भुक्तानी बक्यौता रहेका बिरामीहरू विरुद्ध ECA अपनाई अगाडि बढ्न सक्ने छ। यहाँ पहिचान गरिएका प्रतिबन्धहरूको अधीनमा रहेर मेरील्याण्ड कानूनबमोजिम, संस्थाले खराब कर्जा भएका खाताहरू प्रशोधन गर्न प्रतिष्ठित बाह्य खराब कर्जा सङ्कलन एजेन्सी वा अन्य सेवा प्रदायकहरू प्रयोग गर्न सक्ने छ र त्यस्ता एजेन्सी वा सेवा प्रदायकहरूले प्रावधानहरूको पालना गर्ने छन्।

⁸ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, खण्ड 19-214.2(b)(9) हेर्नुहोस्।

⁹ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, धारा 19-214.2(f)(5) हेर्नुहोस्।

¹⁰ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, धारा 19-214.2(b)(10) अनुसार, संस्थाले बिरामीलाई निजको बिल व्यवस्थापनको बारेमा गुनासो दायर गर्ने संयन्त्र प्रदान गर्नुपर्ने छ।

तेस्रो पक्षहरूमा लागू हुने 501(r) को र प्रान्तीय कानून र यस नीति अनुसार।¹¹ संस्थाले यस नीतिबमोजिम कर्जा सङ्कलनका लागि कुनै पनि सम्झौताको सक्रिय अनुगमन गर्ने छ। अस्पताल बिलको सम्बन्धमा बिरामीबाट कर्जा उठाउने प्रयासमा संस्थाले निम्नमध्ये कुनै पनि कार्य गर्ने छैन¹²:

- a. बिरामीको मुख्य निवासको बिक्री, जफत वा हकाधिकारको लागि अनुरोध गर्ने;
 - b. बिरामी विरुद्ध निजलाई अदालतमा हाजिर गराउने वा पक्राउ वारेन्ट जारी गर्न अदालतलाई अनुरोध गर्ने;
 - c. बिरामी आर्थिक सहयोगका लागि योग्य भएमा तलब कट्टा गर्न अनुरोध गर्ने;
 - d. बिरामी निःशुल्क हेरचाहका लागि योग्य थिए भन्ने वा कर दायित्वहरू पूरा गरिएपछि सम्पत्तिको मूल्य कर्जाको आधाभन्दा कम छ संस्थालाई थाहा भएमा मृतक बिरामीको सम्पत्ति विरुद्ध दाबी दायर गर्ने;
 - e. सुरुको बिल प्रदान गरिएको 180 दिनपछिसम्म बिरामी विरुद्ध कारबाही दायर गर्ने वा बिरामी विरुद्ध कारबाही दायर गर्ने विषयमा आवश्यक लिखित सूचना प्रदान गर्ने;
 - f. अस्पतालले बिरामी आर्थिक सहयोगका लागि योग्य रहे-नरहेको निर्धारण गर्नुअघि बिरामी विरुद्ध मुद्दा दायर गर्ने।
 - g. बिरामी विरुद्ध मुद्दा दायर गर्ने आशयको र मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य-सामान्य, धारा 19-214.2(i) र COMAR 10.37.10.26 का मापदण्डहरू पूरा गर्ने पैतालीस (45) दिने लिखित सूचना नदिईकन मुद्दा दायर गर्ने।
 - h. सुरुको बिरामी बिल जारी गरेको 180 दिनभित्र बिरामीको बारेमा प्रतिकूल विवरण उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीलाई रिपोर्ट गर्ने।
 - i. संस्थालाई तुरुन्तै अधिल्लो 60 दिनभित्र संघीय कानूनअनुसार स्वास्थ्य बिमा निर्णयको अपील वा समीक्षा विचाराधीन रहेको सूचित गरिएको भएमा बिरामीको बारेमा प्रतिकूल विवरण उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीलाई रिपोर्ट गर्ने, अदालती कारबाही सुरु गर्ने वा कर्जा सङ्कलनकर्तालाई सङ्कलन गतिविधि सुम्पने। संस्थाले अपीलको बारेमा थाहा पाउनुअघि उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीलाई प्रतिकूल रिपोर्ट गरिएको थियो भने, संस्थाले धारा 3(e) अनुसार एजेन्सीलाई प्रतिकूल रिपोर्ट मेटाउन निर्देशन दिने छ।
 - j. संस्थाले निःशुल्क वा सुपथ हेरचाह अस्वीकृतिको अनुरोध गरिएको र बिरामीले तुरुन्तै अधिल्लो 60 दिनभित्र उचित रूपमा पूरा गरेको पुनर्विचार पूरा गरेको छ, बिरामीको बारेमा प्रतिकूल विवरण उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीलाई रिपोर्ट गर्ने, अदालती कारबाही सुरु गर्ने वा कर्जा सङ्कलनकर्तालाई सङ्कलन गतिविधि सुम्पने। संस्थाले अपीलको बारेमा थाहा पाउनुअघि उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीलाई प्रतिकूल रिपोर्ट गरिएको थियो भने, संस्थाले एजेन्सीलाई प्रतिकूल रिपोर्ट मेटाउन निर्देशन दिने छ।
 - k. सेवाको समयमा, बिमा नगरिएको वा आर्थिक सहयोगको लागि योग्य बिरामीको बारेमा प्रतिकूल विवरण उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीलाई रिपोर्ट गर्ने।
6. दायित्व ग्रहण। कुनै व्यक्ति स्वेच्छापूर्वक उत्तरदायी हुन सहमत नभएसम्म निजलाई 18 वर्ष उमेर पुगेको अर्को व्यक्तिको मेडिकल कर्जाका लागि उत्तरदायी ठहराउन सकिँदैन। यो सहमति छुट्टै कागजातमा लिखित रूपमा दिइएको हुनुपर्छ, आकस्मिक कक्ष वा अन्य आपत्कालीन अवस्थामा बाध्य बनाइनु हुँदैन र आकस्मिक सेवाहरू प्रदान गर्ने सर्तको रूपमा अनिवार्य गराउनु हुँदैन।

¹¹ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, धारा 19-214.2(k)(4)(iii) अनुसार, संस्था र कर्जा सङ्कलक धारा 19-214.2 का मापदण्डहरू पूरा गर्न संयुक्त रूपमा र अलग-अलग रूपमा जिम्मेवार रहने छन्। COMAR 10.37.10.26 पनि हेर्नुहोस्।

¹² मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, खण्ड 19-214.2 हेर्नुहोस्।

7. ब्याज। अदालतको फैसला हुनुभन्दा अघि संस्थाले आफैं भुक्तानी गर्ने बिरामीहरूले बेहोर्ने बिलमा ब्याज लिने छैन। आर्थिक सहयोगको लागि योग्य बिरामीले सेवा लिएको मिति वा सोपछिको कुनै पनि कर्जामा संस्थाले ब्याज वा शुल्क लिन सक्ने छैन।¹³
8. शुल्क। संस्थाले आर्थिक सहयोगका लागि योग्य बिरामीबाट मेरील्याण्ड कानूनद्वारा स्थापित अस्पताल सेवाका लागि स्वीकृत शुल्कभन्दा बढी रकम अतिरिक्त शुल्क उठाउने छैन।¹⁴
9. वर्तमान अभ्यासहरू। यस बिलिङ र सङ्कलन नीतिको कुनै पनि प्रावधानमा यसको विपरीत जेसुकै उल्लेख भएको भए तापनि, संस्थाले हाल बिरामीहरू विरुद्ध निर्णय खोज्दैन, बिरामीहरू विरुद्ध प्रतिकूल विवरण क्रेडिट एजेन्सीहरूलाई रिपोर्ट गर्दैन वा मेडिकल कर्जा ढिलो भुक्तानी गर्दा ब्याज लिँदैन। हालका अभ्यासहरूमा कुनै पनि परिवर्तन भएमा मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य - सामान्य, धारा 19-214.1 र *त्यसपछिका धाराहरू* अनुसार संस्थाका प्रमुख वित्तीय अधिकारी र कानुनी विभागसँग परामर्श लिएर लागू गरिने छ। कम्तीमा पनि, संस्थाले मेरील्याण्ड राज्यद्वारा जारी निर्देशिकाहरूको पालना गर्ने भुक्तानी योजना नीति स्थापना र कार्यान्वयन नगरेसम्म बिरामी विरुद्ध कानुनी कारबाही अगाडि बढाउने छैन।
10. रिपोर्टिङ मापदण्डहरू। प्रान्तीय रिपोर्टिङ मापदण्डहरू पूरा गर्न आवश्यक भएअनुसार संस्थाले निम्न विवरण सङ्कलन गर्ने छ:
 - a. संस्था वा यसको अनुबन्धित कर्जा सङ्कलनकर्ताले मेडिकल कर्जा सङ्कलन गर्न मुद्दा दायर गरेका बिरामीहरूको जात/जातीयता, लिङ्ग र जिप कोडका आधारमा कुल संख्या;
 - b. संस्थासँग खराब कर्जा भएका र रिपोर्ट नगरिएका वा वर्गीकृत नगरिएका बिरामीहरूको जात/जातीयता, लिङ्ग र जिप कोडका आधारमा कुल संख्या; र
 - c. आफ्नो खल्तीबाट बेहोर्नुपर्ने खर्च बिमा गरेका बिरामीहरूबाट र बिमा नगरेका बिरामीहरूले बेहोर्नुपर्ने खर्चलगायत सङ्कलन नगरिएको कुल डलर रकम।¹⁵

¹³ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, धारा 19-214.2(b)(3) र धारा 19-214.2(d) हेर्नुहोस्।

¹⁴ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, धारा 19-214.2(b)(11) हेर्नुहोस्।

¹⁵ मेरील्याण्ड संहिता, स्वास्थ्य – सामान्य, धारा 19-214.2(a) हेर्नुहोस्।