

<b>SYS FI 51</b>	<b>صفحہ 1 از 6</b>	<b>Ascension Saint Agnes</b> سسٹم پالیسی اور طریقہ کار کا کتابچہ
	<b>نفاذ کی تاریخ: 7/16</b>	<b>موضوع:</b>
	<b>نظر ثانی شدہ:</b> 12/23 ,12/21 ,10/20 ,6/20 ,7/17	Ascension Saint Agnes کی بل کاری اور وصولیابی کی پالیسی
	<b>تاریخ:</b> _____	<b>منظوریاں:</b>
	<b>تاریخ:</b> _____	حتمی - صدر/CEO: _____
	<b>تاریخ:</b> _____	متفقہ منظوری: _____
		(CEO کی جانب سے دستخط کیے جانے سے 30 دن بعد پالیسیز نافذ العمل ہو جاتی ہیں۔)

### پالیسی/اصول

یہ Ascension Saint Agnes کی پالیسی ہے کہ اس کی مالی معاونت کی پالیسی (یا "FAP") کے تحت ادارے میں ہنگامی اور دیگر طبی طور پر ضروری دیکھ بھال فراہم کرنے کے لیے معاشرتی طور پر منصفانہ عمل کو یقینی بنائے۔ یہ بل کاری اور وصولیابی کی پالیسی خاص طور ان مریضوں کی بل کاری اور وصولیابی کے ضوابط عمل کی انجام دہی کے لیے ترتیب دی گئی ہے جنہیں مالی معاونت کی ضرورت ہے اور جو ادارے کی جانب سے دیکھ بھال حاصل کرتے ہیں۔

تمام تر بل کاری اور وصولیابی کے ضوابط عمل 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 تشویش اور ان کے ساتھ ہماری یکجہتی اور تقسیمی انصاف اور سرپرستی کے حوالے سے ہمارے عزم کا عکاس ہو گا۔ ادارے کے ملازمین اور ایجنٹس کو ایسا طرز عمل اختیار کرنا چاہیئے جو Catholic کے زیر اہتمام سہولت گاہ کی پالیسیوں اور اقدار کی عکاسی کرے، جس میں مریضوں اور ان کے خاندانوں کے ساتھ عزت، احترام اور ہمدردانہ برتاؤ روا رکھنا شامل ہو۔

اس بل کاری اور وصولیابی کی پالیسی کا اطلاق تمام ہنگامی اور دیگر طبی طور پر ضروری دیکھ بھال اور دیگر خدمات پر ہوتا ہے جو ادارے کی جانب سے فراہم کی جاتی ہیں، بشمول متعین کردہ معالج کی خدمات اور روپہ جاتی صحت۔ اس بل کاری اور وصولیابی کی پالیسی کا اطلاق ایسی نگہداشت کی ادائیگی کے انتظامات پر نہیں ہوتا جو "ہنگامی نگہداشت" یا "دیگر طبی طور پر ضروری دیکھ بھال" کے زمرے میں نہیں آتیں (جیسا کہ ادارے کے FAP میں یہ شرائط واضح کی گئی ہیں)۔

### تعریفیں

1. "r)501" سے مراد اندرونی آمدنی کے ضابطہ عمل (Internal Revenue Code) کا سیکشن (r)501 اور اس کے تحت لاگو ہونے والے ضوابط ہیں۔

2. "غیر معمولی وصولیابیوں کے اقدامات" یا "ECAs" سے مراد درج ذیل وصولیابی کی سرگرمیوں میں سے کوئی بھی ایسی سرگرمی ہے جس پر (r)501 کے تحت پابندیاں لاگو ہوتی ہوں:

a. کسی مریض کے قرض کو کسی دیگر فریق کے ہاتھ فروخت کرنا۔<sup>1</sup>

b. صارف کی کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیز یا کریڈٹ بیوروز کو مریض کے بارے میں منفی معلومات کی فراہمی کرنا۔<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.2(b)(2) کے تحت، یہ ادارہ کسی بھی قسم کا قرض فروخت نہیں کرے گا۔  
<sup>2</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.2(b)(5) کے تحت، یہ ادارہ مریض کو ابتدائی بل فراہم کرنے کے بعد 180 دنوں کے اندر صارف کی رپورٹنگ ایجنسی کو معلومات فراہم نہیں کرے گا۔

c. مریض کی جانب سے FAP کے تحت پہلے فراہم کردہ نگہداشت کے ایک یا اس سے زیادہ بلز کی عدم ادائیگی کے باعث، طبی طور پر ضروری دیکھ بھال کی فراہمی میں تاخیر کرنا یا انکار کرنا، یا فراہمی سے قبل ادائیگی کا مطالبہ کرنا۔

d. وہ اقدامات جن کے لیے قانونی یا عدالتی عمل کی ضرورت ہو، سوائے دیوالیہ پن یا ذاتی نقصان کی کارروائیوں میں پُر کردہ کلیمز کے لیے کیے گئے اقدامات کے۔ ان اقدامات میں، بلا تحدید، درج ذیل عوامل شامل ہیں،

- i. مریض کی ملکیت پر قانونی دعویٰ کرنا<sup>3</sup>؛
- ii. مریض کی املاک کو گروی رکھنا<sup>4</sup>،
- iii. مریض کے بینک اکاؤنٹ یا دیگر ذاتی املاک پر محصول عائد کرنا یا بصورت دیگر قبضہ کرنا یا انہیں ضبط کرنا،
- iv. کسی مریض کے خلاف سول کارروائی کا آغاز کرنا<sup>5</sup>، اور
- v. کسی مریض کی اجرتوں کی امتناع۔

ECA میں، درج ذیل میں سے کچھ بھی شامل نہیں ہوتا ہے (اگرچہ دوسری صورت میں ECA کے لیے درج بالا اہلیتی معیار پورا ہو رہا ہو):

a. کوئی بھی قانونی دعویٰ جس کا استحقاق ادارہ، اپنی جانب سے فراہم کردہ نگہداشت کے حوالے سے ذاتی نقصانات کے نتیجے میں ریاستی قانون کے تحت کسی بھی فیصلے، تصفیے، یا مریض کے ساتھ سمجھوتے کی صورت میں رکھتا ہو؛ یا

b. دیوالیہ پن کی کسی بھی کارروائی میں درج کروایا گیا کلیم۔

3. "FAP" سے مراد ادارے کی مالی معاونت کی پالیسی ہے، جو کہ اہل مریضوں کو ادارے اور Ascension Health کے مقصد کے مطابق اور 501(r) کی تعمیل میں مالی معاونت فراہم کرنے کی پالیسی ہے۔

4. "FAP کی درخواست" سے مراد مالی معاونت کی درخواست ہے۔

5. "مالی معاونت" سے مراد وہ امداد ہے جو ادارہ اپنے FAP کے مطابق مریض کو فراہم کر سکتا ہے۔

6. "ادارہ" سے مراد Ascension Saint Agnes ہے۔ مزید معلومات جاننے، سوالات یا تاثرات جمع کروانے، یا کوئی اپیل جمع کروانے کے لیے آپ درج ذیل دفتر یا پھر ادارے کی جانب سے آپ کو موصول ہونے والے کسی بھی قابل اطلاق نوٹس یا پیغام میں بیان کردہ دفتر سے رابطہ کر سکتے ہیں:

مریضوں کی مالی خدمات @ 1-667-234-2140

7. "مریض" سے مراد وہ فرد ہے جو ادارے سے نگہداشت حاصل کر رہا ہے (یا جس نے نگہداشت حاصل کر رکھی ہو) اور کوئی بھی دوسرا شخص جو اس طرح کی نگہداشت کا مالی طور پر ذمہ دار ہو (بشمول خاندان اور سرپرست افراد)۔

### بل کاری اور وصولیابی کے ضوابط عمل

ادارہ، مریضوں کو اپنی فراہم کردہ خدمات کے بلوں کے گوشواروں اور مریضوں سے بات چیت کو باقاعدگی سے جاری کرنے کے لیے ایک ترتیب وار طریقہ رکھتا ہے۔ ادارے کی جانب سے فراہم کردہ خدمات کے حوالے سے کسی مریض کی جانب سے عدم ادائیگی کی صورت میں، ادارہ ادائیگی کے حصول کے لیے اقدامات کر سکتا ہے جن میں ٹیلی فون، ای میل، اور بذاتِ خود رابطہ، اور ایک (1) یا زائد ECAs بلا تحدید شامل ہیں۔ ادائیگی حاصل کرنے کے لیے ادارہ شاذ و نادر ہی وصولیابی کے غیر معمولی اقدامات (extraordinary collection actions)، یا "ECAs" کا استعمال کرتا ہے۔ تاہم، یہ یقینی بنانے کے لیے کہ ادارے کے وسائل ہماری مالی معاونت کی پالیسی ("FAP") کے تحت ضرورت مند مریضوں کے لیے دستیاب رہیں اور انہیں ہدایت کی جائے، ادارہ غیر عمومی حالات میں ECAs کا استعمال کر سکتا ہے، جس میں بلا معاوضہ بیلنس والے وہ اکاؤنٹس شامل ہیں جن کا تعلق انتخابی خدمات سے ہے جو ہنگامی یا دوسری صورت میں طبی طور پر ضروری دیکھ بھال نہیں ہیں، ایسے حالات جہاں ایک مریض

<sup>3</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.2(g)(2) کے تحت، یہ ادارہ ہسپتال کے بل پر واجب الادا فرض وصول کرنے کے لیے مریض کی بنیادی رہائش گاہ پر قانونی دعویٰ کی درخواست نہیں کرے گا۔

<sup>4</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.2(g)(1) کے تحت، یہ ادارہ ہسپتال کے بل پر واجب الادا فرض وصول کرنے کے لیے مریض کی بنیادی رہائش گاہ کو گروی نہیں رکھے گا۔

<sup>5</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.2(b)(5) کے تحت، یہ ادارہ مریض کو ابتدائی بل فراہم کرنے کے بعد 180 دنوں کے اندر فرض کی وصولی کے لیے سول کارروائی کا مقدمہ دائر نہیں کرے گا۔

کے پاس خاطر خواہ وسائل ہوں (مثال کے طور پر، زیادہ مالیت) اور وہ واجب الادا رقم ادا کرنے سے انکار کر رہا ہے، یا جہاں ادارے کا خیال ہو کہ عدم ادائیگی اس کی FAP یا اس پالیسی کی شرائط کا جان بوجھ کر غلط استعمال ہے۔ ان غیر عمومی حالات میں، ادارہ ایک یا زیادہ ECAs استعمال کر سکتا ہے، جو اس بل کاری اور وصولیاتی کی پالیسی میں موجود دفعات اور پابندیوں کے تابع ہیں۔ ادارہ ان کھاتوں کے لیے ECAs کا استعمال نہیں کرتا ہے جن میں ادارے کے FAP کے تحت صرف جزوی مالی معاونت کے لیے اہل ہونے کی وجہ سے یا FAP کے تحت مکمل مالی معاونت کے لیے اہل ہونے والے اکاؤنٹس پر شریک ادائیگی کے حوالے سے بقایا بیلنس ہے۔ Ascension سینئر وائس پریذیڈنٹ / چیف ریویو افسر کو یہ تعین کرنے کا حتمی اختیار حاصل ہے کہ ادارے نے مالی معاونت کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے معقول کوششیں کی ہیں اور غیر عمومی حالات ایسے ہیں کہ ہر معاملے کی بنیاد پر ادارہ ECAs میں مشغول ہو سکتا ہے۔

501(r) کے مطابق، یہ بل کاری اور وصولیاتی کی پالیسی ان معقول کوششوں کی نشاندہی کرتی ہے جنہیں ادارے کو اس بات کا تعین کرنے کے لیے لازمی طور پر اپنانا چاہیے کہ آیا کوئی مریض اس کے FAP کے تحت مالی معاونت کے لیے اہل ہے یا یہ کہ ECA میں شمولیت کا جواز پیش کرنے کے لیے کوئی غیر معمولی صورت حال موجود ہے۔

ایک بار جب یہ فیصلہ کر لیا جاتا ہے کہ ایک غیر عمومی صورت حال موجود ہے اور یہ کہ مریض FAP کے تحت مالی معاونت کے لیے اہل نہیں ہے، تو ادارہ ایک یا ایک سے زیادہ ECAs کے ساتھ اپنی کارروائیاں جاری رکھ سکتا ہے، جیسا کہ یہاں بیان کیا گیا ہے۔

1. FAP کی درخواست پر عمل کاری۔ مندرجہ ذیل صورتحالوں کے علاوہ، مریض کسی بھی وقت ادارے کی طرف سے موصول ہونے والی ہنگامی اور دیگر طبی طور پر ضروری دیکھ بھال کے حوالے سے FAP کی درخواست جمع کروا سکتا ہے۔ مالی معاونت کے لیے اہلیت کا تعین درج ذیل عمومی زمروں کی بنیاد پر کیا جائے گا۔

a. FAP کی درخواستوں کو مکمل کریں۔ اگر مریض مکمل FAP کی درخواست کو درخواست کی مدت کے دوران جمع کروانا ہے، تو ادارہ، بروقت، نگہداشت کی ادائیگی کے حصول کے لیے کسی بھی ECAs کو معطل کر سکتا ہے، اہلیت کا تعین کر سکتا ہے، اور درج ذیل کے تحت تحریری اعلامیہ فراہم کر سکتا ہے۔

b. فرضی طور پر اہلیت کا تعین۔ اگر مریض کی مفروضے کی بنیاد پر اہلیت کا تعین، FAP کے تحت دستیاب سب سے زیادہ وسیع معاونت سے کم کے لیے کیا گیا ہو، تو ادارہ مریض کو تعین کی بنیاد کے حوالے سے مطلع کرے گا اور مریض کو مزید وسیع معاونت کے لیے درخواست دینے کے لیے مناسب وقت دے گا۔

c. کوئی درخواست جمع نہ کیے جانے کی صورت میں نوٹس اور طریقہ کار۔ جب تک کہ مکمل FAP کی درخواست جمع نہ کروائی جائے یا FAP کے فرضی اہلیت کے معیار کے تحت اہلیت کا تعین نہ کر لیا گیا ہو، ادارہ، مریض کو ارسال کیے جانے والے نگہداشت کے پہلے بعد از ڈسچارج بل کے گوشوارے کی تاریخ سے کم از کم 120 دن تک (یا پھر جیسا کہ اس پالیسی میں متعین کیا گیا ہے، یا قانونی تقاضے کی معینہ مدت تک) ECAs پر پیش رفت سے باز رہے گا۔ متعدد سلسلوں میں نگہداشت حاصل کرنے کی صورت میں، نوٹیفکیشن کی ان فراہمیوں کو جمع کیا جا سکتا ہے، اس صورت میں وقت کی میعادیں مجموعے میں شامل نگہداشت کے حالیہ ترین سلسلے پر مبنی ہوں گی۔ کسی ایسے مریض سے دیکھ بھال کے عوض ادائیگی حاصل کرنے کے لیے جس نے FAP کی درخواست جمع نہ کروائی ہو اور یہ فیصلہ کیے جانے سے قبل کہ آیا غیر عمومی حالات ECAs کے استعمال کو جائز قرار دیتے ہیں، ایک (1) یا اس سے زیادہ ECA(s) شروع کرنے سے قبل تنظیم درج ذیل اقدامات کرے گی:

- i. مریض کو ایک تحریری اطلاع دی جائے گی جس میں بتایا جائے گا کہ مریضوں کے لیے مالی معاونت دستیاب ہے، اُن ECA(s) کی نشاندہی کی جائے گی جنہیں نگہداشت کی مد میں ادائیگی کے حصول کے لیے بروئے کار لایا جائے گا، اور ایک حتمی تاریخ دی جائے گی جس کے بعد ایسے ECA(s) کو فراہم کردہ تحریری اطلاع کی تاریخ کے کم از کم 30 دن بعد بروئے کار لایا جاسکتا ہے۔
- ii. مریض کو FAP کا سادہ زبان میں خلاصہ فراہم کیا جائے گا؛ اور
- iii. مریض کو FAP اور FAP کی درخواست کے عمل کے بارے میں زبانی طور پر مطلع کرنے کے لیے مناسب اقدامات کیے جائیں گے۔

d. نامکمل FAP کی درخواستیں۔ اگر کوئی مریض نامکمل FAP کی درخواست جمع کرواتا ہے، تو ادارہ مریض کو تحریری طور پر FAP کی درخواست مکمل کرنے کے طریقہ کار سے آگاہ کرے گا اور ایسا کرنے کے لیے مریض کو تیس (30) کیلنڈر دنوں کی مہلت فراہم کرے گا۔ اس عرصے کے دوران کسی بھی زیر التواء ECAs کو معطل کر دیا جائے گا، اور تحریری نوٹس میں (i) اضافی معلومات اور/یا FAP کے تحت مطلوبہ دستاویزات یا FAP درخواست کے بارے میں بیان کیا جائے گا جن کی ضرورت درخواست مکمل کرنے کے لیے ہو، اور (ii) یہ رابطے کی مناسب معلومات پر مشتمل ہو گا۔

2. نگہداشت میں تاخیر یا اس کی منسوخی پر پابندیاں۔ ایسی صورتحال جہاں ادارہ، FAP میں بیان کردہ دفعات کے مطابق، سابقہ طور پر مریض کی جانب سے FAP کے تحت ایک یا زائد بلوں کی عدم ادائیگی کے باعث طبی طور پر ضروری دیکھ بھال کی فراہمی میں تاخیر یا انکار، یا فراہمی سے قبل ادائیگی کے مطالبے کا ارادہ رکھتا ہو، تو مریض کو ایک FAP کی درخواست اور ایک تحریری نوٹس دیا جائے گا جس میں بتایا جائے گا کہ مالی معاونت اہل مریضوں کے لیے دستیاب ہے۔

3. تعین کا نوٹیفکیشن؛ ادائیگی کے منصوبے کا اختیار۔

a. حدود کا تعین۔ مریض کے اکاؤنٹ پر ایک مکمل FAP کی درخواست حاصل ہونے کے بعد، ادارہ اہلیت کا تعین کرنے اور مریض کو حتمی تعین کے بارے میں تحریری طور پر مطلع کرنے کے لیے FAP کی درخواست کی جانچ کرے گا، جس میں وہ یہ دیکھا جائے گا کہ کیا مریض چودہ (14) دنوں کے اندر ادائیگی کے منصوبے کا اہل ہے یا نہیں۔ یہ اعلامیہ اُس رقم کے تعین پر مشتمل ہوگا جس کی ادائیگی کی مالی ذمہ داری مریض پر عائد ہو گی۔ اگر FAP کی درخواست کو مسترد کر دیا جائے، تو مسترد کرنے کی وجہ بتانے کا ایک نوٹس اور اپیل یا دوبارہ غور کے لیے ہدایات ارسال کی جائیں گی۔

b. ادائیگی کے منصوبہ جات۔ اگر مریض ادائیگی کے منصوبے کے لیے اہلیت کے تقاضوں، اگر کوئی ہوں، کو پورا کرتا ہو، تو ایسے کوئی بھی ادائیگی کے منصوبہ جات ادارے کی مالی معاونت کی پالیسی میں بیان کردہ شرائط کے تابع ہوں گے، جن میں وقتاً فوقتاً ترمیم کی جا سکتی ہے۔ اگر کسی بھی وقت کوئی مریض ادائیگی کے منصوبے کی شرائط میں ترمیم کرنا چاہے، تو مریض کسٹمر سروس ڈپارٹمنٹ سے رابطہ کر سکتا ہے۔<sup>6</sup>

c. ادائیگی کے منصوبہ جات کی تعمیل۔ ادائیگی کے منصوبے کی پیشگی ادائیگی یا جلد ادائیگی پر کوئی جرمانہ یا فیس عائد نہیں ہوگی۔ اگر مریض بارہ (12) مہینے کی مدت کے اندر کم از کم گیارہ (11) طے شدہ ادائیگیاں کرتا ہے تو مریض کو ادائیگی کے منصوبے کا تعمیل کنندہ سمجھا جائے گا۔ اگر مریض کوئی طے شدہ مابانہ ادائیگی کرنے سے قاصر رہے، تو اس صورت میں مریض یہ ادائیگی چھوٹ جانے کی تاریخ سے ایک (1) سال کے اندر بغیر کسی جرمانے کے وہ ادائیگی کر سکتا ہے۔ ادارہ بارہ (12) مہینے کی مدت میں چھوٹی ہوئی کسی بھی ادائیگی کو معاف کر سکتا ہے اور واجب الادا قرضہ جات کی وصولی کو کسی کلیکشن ایجنسی کے حوالے کیے بغیر یا مزید قانونی کارروائی کیے بغیر مریض کو ادائیگی کے منصوبے میں شمولیت جاری رکھنے کی اجازت دے سکتا ہے۔<sup>7</sup>

d. رقوم کی واپسی۔ ادارہ مریض کو وہ رقم واپس فراہم کر دے گا جو اس نے نگہداشت کے لیے FAP کے تحت متعین ذاتی طور پر واجب الادا رقم سے زائد ادا کی ہوگی، سوائے اس صورت کے کہ وہ زائد رقم \$5.00 سے کم ہو۔

i. Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن (8)(b)19-214.2 کے تحت، ادارہ کسی ایسے مریض یا مریض کے ضامن کی جانب سے جمع کردہ رقم واپس کر دے گا جس کو بعد ازاں، ابتدائی بل فراہم کیے جانے کے بعد 240 دنوں کے اندر، مفت نگہداشت کا اہل پایا گیا ہو۔ سیکشن 9 کے تحت، ادارہ مریض کے خلاف حاصل کردہ کسی بھی فیصلے سے دستبردار ہو جائے گا یا اس صورتحال میں کسی بھی منفی کریڈٹ رپورٹ کو واپس لے لیا جائے گا۔

ii. Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن (1)(c)19-214.2 کے تحت، ادارہ کسی ایسے مریض یا مریض کے ضامن کی جانب سے جمع کردہ \$25 سے زائد رقم کو واپس کرے گا جو، خدمت کی فراہمی کی تاریخ کے بعد دو سال کی مدت کے اندر، خدمت کی فراہمی کی تاریخ پر مفت نگہداشت کا اہل پایا گیا ہو۔

iii. ادارہ اس سیکشن کے پیراگراف (b)(i) کے تحت دو سال کی مدت کو کم کر سکتا ہے جو ہسپتال کے ذریعے کسی مریض یا مریض کے ضامن سے معلومات کی درخواست کرنے کی تاریخ کے بعد 30 دنوں تک کر لیا جانا چاہیے تاکہ خدمت کی فراہمی کے وقت مفت نگہداشت کے لیے مریض کی اہلیت کا تعین کیا جا سکے، اگر ادارہ مریض کی جانب سے تعاون میں یا مریض کے ضامن کی جانب سے مطلوبہ معلومات کی فراہمی میں کمی کا مشاہدہ کرے۔

iv. اگر کسی مریض کا اندراج آمدنی کا جائزہ لیے گئے سرکاری نگہداشت صحت کے منصوبے میں ہوا ہو جس میں مریض کو ہسپتال کی خدمات کے لیے فوراً ادائیگی کی ضرورت ہوتی ہے، تو ادارہ اس رقم کو واپس کر دے گا اور یہ امر مریض کے منصوبے کی شرائط کے عین مطابق ہے۔

<sup>6</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن (10)(iii)19-214.2 کے تحت، مریض اور ادارہ پیش کردہ یا مریض کے ساتھ طے کیے جانے والے ادائیگی کے منصوبے کی شرائط میں ترمیم کرنے پر باہمی اتفاق کر سکتے ہیں۔

<sup>7</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن (e)19-214.2 (e) ملاحظہ کریں۔

e. ECA(s) میں تبدیلی۔ FAP کے تحت مالی معاونت کے لیے مریض کے اہل رہنے کی حد تک، ابتدائی بل فراہم کیے جانے کے 240 دنوں کے اندر، جس کے لیے ECA کی رپورٹ دی گئی تھی<sup>8</sup>، ادارہ مریض کے خلاف نگہداشت کی مد میں ادائیگی کے حصول کے لیے کیے جانے والے کسی بھی ECA اقدامات کو تبدیل کرنے کے لیے تمام مناسب تدابیر اختیار کرے گا۔ مناسب طور پر دستیاب ان تدابیر میں عام طور پر درج ذیل شامل ہیں، تاہم یہ ان تک محدود نہیں ہیں، مریض کے خلاف کسی بھی فیصلے سے دستبردار ہونے کے اقدامات، مریض کی املاک پر عائد کردہ کسی بھی محصول یا قانونی دعوے کو ختم کرنا، اور مریض کی کریڈٹ رپورٹ سے ایسی کسی بھی غیر موزوں معلومات کو ہٹانا جو صارف کی رپورٹنگ ایجنسی یا کریڈٹ بیورو کو فراہم کی گئی ہو۔ Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.2(f)(2) کے تحت، ادارہ کسی بھی ایسی صارف کی رپورٹنگ ایجنسی کے واجبات کی ادائیگی کے بعد ساٹھ (60) دنوں کے اندر مریض کے واجبات کی ادائیگی کی اطلاع دے گا جسے ادارے نے مریض کے بارے میں غیر موزوں معلومات فراہم کی تھی۔ ادارہ اس صورت میں بھی مریض کے بارے میں غیر موزوں معلومات کو واپس لے گا اگر ادارے کو اطلاع دی جائے کہ کوئی اپیل یا صحت کی انشورنس کا کوئی جائزہ لیا جانا باقی ہے، اور اپیل کے مکمل ہونے کے ساٹھ (60) دن بعد تک؛ یا ادارے کی جانب سے مالی معاونت رد کیے جانے پر نظر ثانی کی درخواست مکمل ہونے کے ساٹھ (60) دن بعد تک<sup>9</sup>۔

4. اپیلیں اور شکایات۔ مریض، مالی معاونت کی اہلیت کو مسترد کیے جانے کی اطلاع موصول ہونے کے چودہ (14) تقویمی دنوں کے اندر تنظیم کو اضافی معلومات فراہم کر کے اس کے خلاف اپیل کر سکتا ہے۔ حتمی تعین کے لیے تمام اپیلوں پر ادارے کی جانب سے نظر ثانی کی جائے گی۔ اگر حتمی تعین، مالی معاونت کے سابقہ استرداد کی تصدیق کر دے، تو مریض کو اطلاع نامہ ارسال کیا جائے گا۔ اگر مریض طبی قرض کی وصولی کے سلسلے میں ادارے یا قرض کی وصولیابی کرنے والے کو شکایت درج کروانا چاہے، تو مریض کسٹمر سروس ڈپارٹمنٹ سے رابطہ کر سکتا ہے<sup>10</sup>۔

5. وصولیابی۔ سیکشن 9 کی رو سے، مندرجہ بالا طریقہ کار کے اختتام پر (جس میں یہ تعین کرنے کی معقول کوششیں بھی شامل ہیں کہ آیا کوئی مریض اس کے FAP کے تحت مالی معاونت کے لیے اہل ہے یا نہیں) اور ادارے کی جانب سے اس تعین کی بنیاد پر کہ حالات غیر معمولی ہیں جو کہ ECAs کے استعمال کا جواز پیش کرتا ہے، ادارہ ECAs کے ساتھ غیر انشورنس یافتہ اور جزوی انشورنس یافتہ مریضوں کے خلاف کارروائی کر سکتا ہے جو نا دہندہ اکاؤنٹس کے حامل ہیں، جیسا کہ مریض کے بلوں اور ادائیگی کے منصوبہ جات کے قیام، عمل کاری، اور نگرانی کے لیے ادارے کے طریقہ کار میں طے کیا گیا ہے۔ یہاں مذکور پابندیوں کے تحت اور میری لینڈ کے قانونی کے مطابق، ادارہ ناقابل وصول قرضوں کے لیے غیر وصول شدہ رقم کی وصولی کے لیے کسی معروف بیرونی قرض وصول کنندہ ایجنسی یا دیگر سروس فراہم کنندہ کی خدمات حاصل کر سکتا ہے، اور ان ایجنسیوں یا سروس فراہم کنندگان کو فریقین ثالث پر قابل اطلاق (r)501 کی دفعات اور ریاستی قانون اور اس پالیسی کی تعمیل کرنی ہوگی<sup>11</sup>۔ اس پالیسی کے مطابق ادارے کو قرضوں کی وصولی کے لیے کسی بھی معاہدے کو سرگرم عمل رکھنا ہو گا۔ ہسپتال کے بل کے سلسلے میں کسی مریض کا قرض وصول کرنے کی کوشش میں ادارہ درج ذیل میں سے کوئی بھی اقدام نہیں کرے گا<sup>12</sup>۔

- مریض کی بنیادی رہائش گاہ کی فروخت، ضبطی یا قانونی دعوے کی درخواست کریں؛
- عدالت کو مریض کے خلاف جبری گرفتاری یا وارنٹ گرفتاری جاری کرنے پر آمادہ کریں؛
- اگر مریض مالی معاونت حاصل کرنے کا اہل ہے تو اجرت کی ادائیگی روکنے کی درخواست کریں؛
- متوفی مریض کی جائیداد پر دعویٰ دائر کریں اگر ادارے کو یہ معلوم ہو کہ مریض مفت نگہداشت حاصل کرنے کا اہل تھا، یا اگر ٹیکس کے واجبات ادا ہونے کے بعد جائیداد کی قیمت واجب الادا قرض کے نصف سے بھی کم ہے؛
- ابتدائی بل فراہم ہونے کے 180 دنوں بعد تک، مریض کے خلاف مقدمہ درج کریں، یا مریض کے خلاف مقدمہ درج کرنے کے ارادے کا مطلوبہ تحریری نوٹس فراہم کریں؛
- اس سے پہلے کہ ہسپتال اس بات کا تعین کرے کہ آیا مریض مالی معاونت حاصل کرنے کا اہل ہے، مریض کے خلاف مقدمہ درج کریں۔
- پہلے مقدمہ دائر کرنے کے ارادے کا پینتالیس (45) یوم کا تحریری نوٹس فراہم کیے بغیر مریض کے خلاف مقدمہ درج کریں، جو نوٹس میری لینڈ کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.2(i) اور COMAR 10.37.10.26 کے تقاضے جات کے مطابق ہو۔
- مریض کا ابتدائی بل جاری ہونے کے بعد 180 دنوں کے اندر، مریض کے بارے میں کسی بھی غیر موزوں معلومات کی اطلاع صارف کی رپورٹنگ ایجنسی کو دیں۔

<sup>8</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کا سیکشن 19-214.2(b)(9) ملاحظہ کریں۔

<sup>9</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کا سیکشن 19-214.2(f)(5) ملاحظہ کریں۔

<sup>10</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.2(b)(10) کے تحت، ادارہ مریض کو مریض کے بل سے نمٹنے کے حوالے سے شکایت درج کروانے کا طریقہ کار لازماً فراہم کرے۔

<sup>11</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.2(k)(4)(iii) کے تحت، ادارہ اور قرض وصول کار دونوں مشترکہ طور پر اور علیحدہ طور پر سیکشن 19-214.2 کے تقاضوں کو پورا کرنے کے ذمہ دار ہیں۔ COMAR 10.37.10.26 بھی ملاحظہ کریں۔

<sup>12</sup> Maryland کوڈ، صحت عامہ - عمومی خدمات کا سیکشن 19-214.2 ملاحظہ کریں۔

- i. مریض کے بارے میں غیر موزوں معلومات کی اطلاع صارف کی رپورٹنگ ایجنسی کو دیں، سول کارروائی کا آغاز کریں، یا قرض وصول کار کو وصولی کی ذمہ داری تفویض کریں، بصورت کہ اگر ادارے کو وفاقی قانون کے مطابق مطلع کیا گیا ہو کہ صحت کی انشورنس کے فیصلے کی اپیل یا نظر ثانی کی درخواست فوری طور پر 60 دنوں کے اندر آ جائے گی۔ اگر ادارے کو اپیل کے بارے میں علم ہونے سے پہلے صارف کی رپورٹنگ ایجنسی کو کوئی غیر موزوں رپورٹ دی گئی ہو، تو سیکشن 3(e) کے مطابق ادارہ ایجنسی کو غیر موزوں رپورٹ کو حذف کرنے کی ہدایت دے گا۔
- j. مریض کے بارے میں غیر موزوں معلومات کی اطلاع صارف کی رپورٹنگ ایجنسی کو دیں، سول کارروائی کا آغاز کریں، یا قرض وصول کار کو وصولی کی ذمہ داری تفویض کریں بصورت کہ اگر ادارے نے مفت یا تخفیف شدہ لاگت کی نگہداشت کو مسترد کرنے کے فیصلے پر دوبارہ غور کرنے کی اس درخواست پر کارروائی مکمل کر لی ہو، جو مریض کی طرف سے مناسب طور پر فوری عمل کے 60 دنوں کے اندر مکمل کر لی گئی تھی۔ اگر ادارے کو اپیل کے بارے میں علم ہونے سے پہلے صارف کی رپورٹنگ ایجنسی کو کوئی غیر موزوں رپورٹ دی گئی ہو، تو ادارہ ایجنسی کو غیر موزوں رپورٹ کو حذف کرنے کی ہدایت دے گا۔
- k. کسی ایسے مریض کے حوالے سے، مریض کے بارے میں غیر موزوں معلومات کی اطلاع صارف کی رپورٹنگ ایجنسی کو دیں، جو خدمت فراہمی کے وقت، غیر انشورنس یافتہ تھا یا مالی معاونت کے لیے اہل تھا۔

6. ذمہ داری کا مفروضہ۔ کسی فرد کو کسی دوسرے شخص کے طبی قرض کے لیے ذمہ دار نہیں ٹھہرایا جا سکتا ہے جس کی عمر کم از کم 18 سال ہو الا یہ کہ وہ فرد رضاکارانہ طور پر ذمہ دار ہونے کی رضامندی ظاہر کرے۔ یہ رضامندی ایک علیحدہ دستاویز پر تحریری شکل میں درج ہونی چاہیے، ایمرجنسی روم یا دیگر ہنگامی صورتحال میں اس کا مطالبہ نہیں کیا جاسکتا ہے، اور ہنگامی خدمات فراہم کرنے کی شرط کے طور پر اس کا مطالبہ نہیں کیا جاسکتا۔

7. سود۔ عدالتی فیصلہ آنے سے قبل ادارہ اپنی جیب سے بل ادا کرنے والے مریضوں کے بل پر کوئی سود نہیں لے گا۔ ادارہ کسی ایسے مریض سے خدمت کی فراہمی کی تاریخ پر یا اس کے بعد کسی قرض پر سود یا فیس وصول نہیں کر سکتا جو مالی معاونت حاصل کرنے کا اہل ہو۔<sup>13</sup>

8. فیس۔ ادارہ مالی معاونت حاصل کرنے کے اہل مریض سے اس رقم سے زیادہ فیس وصول نہیں کرے گا جو Maryland کے قانون کے ذریعہ مقررہ اصول کے مطابق ہسپتال کی خدمت کے لیے منظور شدہ چارج سے اضافی ہو۔<sup>14</sup>

9. موجودہ طریقہ ہائے عمل۔ بل کاری اور وصولیابی کی پالیسی کی کسی بھی شرط کے باوجود اس کے برعکس، ادارہ فی الحال مریضوں کے خلاف عدالتی فیصلے کی درخواست نہیں کرتا ہے، کریڈٹ ایجنسیوں کو مریضوں کے خلاف غیر موزوں معلومات کی اطلاع نہیں دیتا ہے، یا طبی قرض کی تاخیر سے ادائیگی پر سود وصول نہیں کرتا ہے۔ موجودہ طریقہ ہائے عمل میں کسی بھی تبدیلی کو ادارے کے چیف فنانشل آفیسر اور لیگل ڈپارٹمنٹ کے ساتھ مشاورت کے بعد، میری لینڈ کوڈ، صحت - عمومی خدمات کے سیکشن 19-214.1 کے مطابق ترتیب سے نافذ کیا جائے گا۔ کم از کم، ادارہ اس وقت تک کسی مریض کے خلاف قانونی کارروائی نہیں کرے گا جب تک کہ ادارہ ادائیگی کے منصوبے کی ایسی پالیسی وضع نہ کرے اور اسے نافذ نہ کرے جو ریاست Maryland کی طرف سے جاری کردہ گائیڈ لائنز کی تعمیل کرتی ہو۔

10. اطلاعاتی تقاضہ جات۔ ادارہ حسب ضرورت درج ذیل معلومات جمع کرے تاکہ ریاست کے اطلاعاتی تقاضہ جات کی تعمیل ہو سکے:

- a. نسل/قومیت، جنس، اور زپ کوڈ کے لحاظ سے ان مریضوں کی کل تعداد جن کے خلاف ادارے نے یا اس کے زیر معاہدہ قرض وصول کار نے طبی قرض کی وصولیابی کے لیے مقدمہ دائر کیا ہو؛
- b. نسل/قومیت، جنس، اور زپ کوڈ کے لحاظ سے ان مریضوں کی کل تعداد جن کے لیے ادارے نے ناقابل واپسی قرض کی اطلاع یا تشخیص کی ہو یا نہ کی ہو؛ اور
- c. ان چارجز کی کل ڈالر رقم جو انشورنس کے حامل مریضوں سے وصول نہ کیے گئے ہوں، بشمول از خود کی جانے والی ادائیگیوں، اور غیر انشورنس یافتہ مریضوں کے۔<sup>15</sup>

<sup>13</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کا سیکشن 19-214.2(b)(3) اور سیکشن 19-214.2(d) ملاحظہ کریں۔

<sup>14</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کا سیکشن 19-214.2(b)(11) ملاحظہ کریں۔

<sup>15</sup> Maryland کوڈ، صحت - عمومی خدمات کا سیکشن 19-214.2(a) ملاحظہ کریں۔