ASCENSION SETON

वित्तीय सहायता नीति

01 जुलाई, 2025

<u>नीति/सिद्धांत</u>

इस अनुच्छेद के नीचे सूचीबद्ध संगठनों (जिनमें से प्रत्येक "संगठन" है) की नीति है कि वे संगठन के परिसरों में आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य देखभाल प्रदान करने हेतु सामाजिक रूप से न्यायोचित कार्यप्रणाली सुनिश्चित करेंगे। यह नीति विशेष रूप से उन मरीज़ों के लिए वित्तीय सहायता पात्रता को संबोधित करने के लिए बनाई गई है जिन्हें वित्तीय सहायता की आवश्यकता है और जो संगठन से देखभाल प्राप्त करते हैं। यह नीति Ascension Seton के अंतर्गत निम्नलिखित प्रत्येक संगठन पर लागू होती है:

- Dell Children's Medical Center of Central Texas
- Ascension Seton Medical Center Austin
- Ascension Seton Hays
- Ascension Seton Williamson
- Ascension Seton Northwest
- Ascension Seton Southwest
- Ascension Seton Edgar B. Davis
- Ascension Seton Highland Lakes
- Ascension Seton Smithville
- Dell Seton Medical Center at The University of Texas
- Cedar Park Regional Medical Center

1. सभी वित्तीय सहायता व्यक्तिगत मानव गरिमा और सामूहिक हित के प्रति हमारी प्रतिबद्धता और सम्मान को दर्शाएगी, गरीबी में रहने वाले और अन्य कमज़ोर व्यक्तियों के प्रति हमारी विशेष चिंता और एकजुटता को प्रकट करेगी, और वितरणात्मक न्याय और संसाधनों के ज़िम्मेदार प्रबंधन के प्रति हमारी प्रतिबद्धता को दर्शाएगी।

2. यह नीति संगठन द्वारा प्रदत्त सभी आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य देखभाल पर लागू होती है, जिसमें प्रयुक्त चिकित्सीय सेवाएं और व्यवहारात्मक स्वास्थ्य शामिल है। यह नीति गैर आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से अनावश्यक अन्य देखभाल के शुल्कों पर लागू नहीं होती है।

3. वित्तीय सहायता नीति द्वारा शामिल किए गए प्रदाता की सूची संगठन की सुविधाओं के भीतर देखभाल प्रदाताओं की एक सूची प्रदान करती है जो कि निर्दिष्ट करती है कि किन चीज़ों को वित्तीय सहायता नीति के द्वारा कवर किया जाता है और किन्हें नहीं।

<u>परिभाषाएं</u>

इस नीति के प्रयोजनों के लिए, निम्नलिखित परिभाषाएं लागू होती हैं:

- "**501(r)**" का अर्थ है आंतरिक राजस्व संहिता का अनुभाग 501(r) और इसके अंतर्गत बनाए गए विनियम।
- "**आमतौर पर बिल की गई राशि**" या "**AGB**" का अर्थ है आपातकालीन और अन्य चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के संबंध में वह राशि जो सामान्यतः उन व्यक्तियों से बिल की जाती है जिनके पास ऐसी देखभाल को कवर करने वाला बीमा होता है।

- “**समुदाय**” का मतलब है भौगोलिक क्षेत्र, जिन्हें काउंटियों के आधार पर समूहित किया गया है, जिनका उपयोग Ascension Seton सेंट्रल टेक्सास में योजना बनाने के लिए करता है: 1.) सेंट्रल - ट्रेस काउंटी, 2.) दक्षिण - हेस और काल्डवेल काउंटी, 3.) उत्तर - विलियमसन काउंटी, 4.) पश्चिम - बर्नेट, ब्लैंको और ललानो काउंटी, और 5.) पूर्व - बस्ट्रोप, फ़ायलेट, गोंजालेस और ली काउंटी, और सैन सबा काउंटी। यदि किसी मरीज़ को आवश्यक आपातकालीन और चिकित्सकीय रूप से ज़रूरी देखभाल, किसी अन्य Ascension Health सुविधा में प्राप्त ऐसी ही देखभाल की निरंतरता के रूप में चाहिए और उस सुविधा में मरीज़ ने उस आपातकालीन और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए वित्तीय सहायता के लिए पात्रता प्राप्त की है, तो उस मरीज़ को भी संगठन के समुदाय का सदस्य माना जाएगा।
- “**आपातकालीन देखभाल**” का अर्थ है प्रसव या ऐसी चिकित्सीय स्थिति जिसकी गंभीरता इतनी हो कि तुरंत चिकित्सीय ध्यान न मिलने से मरीज़ (या अजन्मे बच्चे) के स्वास्थ्य को गंभीर खतरा, शारीरिक कार्यों में गंभीर विकार, या किसी भी शारीरिक अंग या भाग का गंभीर दोष होने की संभावना हो सकती है।
- “**चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल**” का अर्थ है ऐसी देखभाल जो (1) मरीज़ की स्थिति की रोकथाम, निदान, या उपचार के लिए उपयुक्त, संगत और आवश्यक हो; (2) मरीज़ की स्थिति के लिए सबसे उपयुक्त सेवा या स्तर हो जिसे सुरक्षित रूप से प्रदान किया जा सके;
(3) मुख्य रूप से मरीज़, मरीज़ के परिवार, चिकित्सक या देखभालकर्ता की सुविधा के लिए न दी गई हो; और (4) जो मरीज़ को नुकसान पहुंचाने की बजाय लाभ पहुंचाने की अधिक संभावना रखती हो। भविष्य की निर्धारित देखभाल को “चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल” नियत किए जाने के लिए उस देखभाल को और देखभाल के समय को संगठन के मुख्य चिकित्सा अधिकारी (या पदनामित व्यक्ति) द्वारा अनुमोदित किया जाना चाहिए। चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल का निर्धारण मरीज़ को चिकित्सीय देखभाल प्रदान करने वाले लाइसेंसधारी प्रदाता द्वारा और, संगठन के स्वविवेक के आधार पर, भर्ती करने वाले चिकित्सक द्वारा, रेफ़र करने वाले चिकित्सक द्वारा, और/या मुख्य चिकित्सा अधिकारी या समीक्षा करने वाले अन्य चिकित्सिक द्वारा (सुझाई जा रही देखभाल के प्रकार के अनुसार) किया जाना चाहिए। यदि इस नीति में कवर किए गए मरीज़ द्वारा अनुरोधित देखभाल को किसी समीक्षा करने वाले चिकित्सक द्वारा चिकित्सीय रूप से आवश्यक नहीं निर्धारित किया गया है, तो भर्ती करने वाले अथवा रेफ़र करने वाले चिकित्सक द्वारा उस निर्धारण की पुष्टि की जानी आवश्यक है।
- “**संगठन**” का अर्थ है:
    - Dell Children’s Medical Center of Central Texas
    - Ascension Seton Medical Center Austin
    - Ascension Seton Hays
    - Ascension Seton Williamson
    - Ascension Seton Northwest
    - Ascension Seton Southwest
    - Ascension Seton Edgar B. Davis
    - Ascension Seton Highland Lakes
    - Ascension Seton Smithville
    - Dell Seton Medical Center at The University of Texas
    - Cedar Park Regional Medical Center
- “**मरीज़**” का अर्थ है वे व्यक्ति, जिन्हें संगठन में आपातकालीन और अन्य चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल प्राप्त होती है और वह व्यक्ति जो मरीज़ की देखभाल के लिए आर्थिक रूप से उत्तरदायी है।

प्रदत्त वित्तीय सहायता

इस अनुभाग में वर्णित वित्तीय सहायता केवल उन मरीज़ों तक सीमित है जो समुदाय में रहते हैं:

1. इस वित्तीय सहायता नीति के अन्य प्रावधानों के अंतर्गत, जिन मरीज़ों की आय संघीय गरीबी स्तर (“FPL”) के 250% या उससे कम है, वे उन सेवाओं के शुल्क के उस हिस्से पर 100% चैरिटी केयर के लिए पात्र होंगे जिनके लिए मरीज़ बीमाकर्ता द्वारा भुगतान के बाद उत्तरदायी है, यदि ऐसा मरीज़, प्रकल्पित स्कोरिंग (नीचे अनुच्छेद 5 में बताया गया है) के आधार पर पात्र पाया जाता है या मरीज़ के पहले डिस्चार्ज बिल के 240वें दिन या उससे पहले वित्तीय सहायता आवेदन (“आवेदन”) जमा करता है और संगठन आवेदन को मंज़ूरी दे देता है। यदि मरीज़ उसके पहले डिस्चार्ज बिल के 240वें दिन के बाद आवेदन जमा करता है, तो मरीज़ अधिकतम 100% वित्तीय सहायता के लिए पात्र रहेगा, लेकिन तब इस श्रेणी में मरीज़ के लिए उपलब्ध वित्तीय सहायता की राशि मरीज़ द्वारा किए गए किसी भी भुगतान को समायोजित करने के बाद मरीज़ की अदत्त बकाया राशि तक ही सीमित रहेगी। इस श्रेणी के वित्तीय सहायता के लिए पात्र मरीज़ से गणना किए गए AGB शुल्क से अधिक राशि नहीं ली जाएगी।

2. इस वित्तीय सहायता नीति के अन्य प्रावधानों के अधीन, ऐसे मरीज़ जिनकी आय FPL के 250% से अधिक लेकिन FPL के 400% से अधिक नहीं है, उन्हें उन सेवाओं के शुल्क के उस हिस्से पर स्लाइडिंग स्केल छूट दी जाएगी, जिनके लिए मरीज़ उत्तरदायी है और जो किसी बीमाकर्ता द्वारा भुगतान के बाद बकाया हैं, यदि ऐसा मरीज़ अपने पहले डिस्चार्ज बिल के 240वें दिन से पहले या उसी दिन आवेदन जमा करता है और संगठन द्वारा आवेदन को स्वीकृत किया जाता है। यदि मरीज़ उसके पहले डिस्चार्ज बिल के 240वें दिन के बाद आवेदन जमा करता है, तो मरीज़ स्लाइडिंग स्केल छूट की वित्तीय सहायता के लिए पात्र रहेगा, लेकिन तब इस श्रेणी में मरीज़ के लिए उपलब्ध वित्तीय सहायता की राशि मरीज़ द्वारा किए गए किसी भी भुगतान को समायोजित करने के बाद मरीज़ की अदत्त बकाया राशि तक ही सीमित रहेगी। इस श्रेणी के वित्तीय सहायता के लिए पात्र मरीज़ से गणना किए गए AGB शुल्क से अधिक राशि नहीं ली जाएगी। स्लाइडिंग स्केल छूट इस प्रकार है:

   FPL के 251% और 300% के बीच के मरीजों को 95% सहायता प्राप्त होगी
   FPL के 301% और 350% के बीच के मरीजों को 90% सहायता प्राप्त होगी
   FPL के 351% और 400% के बीच के मरीज़ों को 85% सहायता प्राप्त होगी

3. इस वित्तीय सहायता नीति के अन्य प्रावधानों के अधीन, जिन मरीज़ों की आय FPL के 400% से अधिक है, वे “साधन जांच” के अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो सकते हैं। इस जांच के आधार पर, मरीज़ की कुल चिकित्सा देनदारी को ध्यान में रखते हुए संगठन द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के शुल्क पर कुछ छूट दी जा सकती है। यदि मरीज़ का कुल चिकित्सीय कर्ज़ बहुत ज़्यादा हो, जिसमें आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य देखभाल हेतु Ascension और अन्य किसी भी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता का चिकित्सीय ऋण शामिल है, जो कि मरीज़ के परिवार की सकल आय के बराबर या उससे अधिक हो, तो ऐसा मरीज़ जीविका साधन जांच के बाद वित्तीय सहायता के लिए पात्र होगा। साधन जांच के अंतर्गत प्रदान की जाने वाली वित्तीय सहायता का स्तर वही होगा जो ऊपर दिए गए अनुच्छेद 2 के अनुसार FPL के 400% आय वाले मरीज़ को दिया जाता है, बशर्ते कि ऐसा मरीज़ अपने पहले डिस्चार्ज बिल की तारीख से 240वें दिन तक या उससे पहले आवेदन जमा करे और वह आवेदन संगठन द्वारा स्वीकृत हो जाए। मरीज़ साधन जांच छूट के अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए उस स्थिति में पात्र होगा यदि वह अपने पहले डिस्चार्ज बिल के 240वें दिन के बाद आवेदन जमा करता है, लेकिन इस श्रेणी में उपलब्ध वित्तीय सहायता की राशि केवल मरीज़ के खाते में की गई किसी भी भुगतान को ध्यान में रखने के बाद शेष बकाया राशि तक सीमित होगी। इस वित्तीय सहायता श्रेणी के लिए

पात्र मरीज़ से गणना किए गए AGB शुल्क से अधिक शुल्क नहीं लिया जाएगा।

4. यदि किसी मरीज़ को "संपत्ति जांच" के अनुसार यह माना जाता है कि उसके पास भुगतान करने के लिए पर्याप्त संपत्ति है, तो वह ऊपर दिए गए अनुच्छेद 1 से 3 में वर्णित वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं हो सकता है। संपत्ति जांच में, FAP आवेदन में मापी गई संपत्तियों की श्रेणियों के आधार पर मरीज़ की भुगतान करने की क्षमता का विस्तृत मूल्यांकन किया जाता है। जिस मरीज़ की संपत्तियां उसकी FPL राशि के 250% से अधिक हों, वह वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं हो सकता है।

5. वित्तीय सहायता के लिए पात्रता राजस्व चक्र के दौरान किसी भी समय निर्धारित की जा सकती है और उसमें 100% चैरिटी देखभाल निर्धारित करने के लिए मरीज़ के पहले डिस्चार्ज बिल के बाद पहले 240 दिनों के भीतर पर्याप्त बकाया राशि वाले मरीज़ के लिए प्रकल्पित स्कोरिंग सम्मिलित हो सकती है, भले ही मरीज़ ने वित्तीय सहायता आवेदन ("FAP आवेदन") भरकर जमा ना किया हो। यदि मरीज़ को FAP आवेदन भरकर जमा किए बिना ही केवल प्रकल्पित स्कोरिंग के आधार पर 100% चैरिटी देखभाल प्रदान की गई हो, तो मरीज़ की वित्तीय सहायता की राशि की पात्रता मरीज़ द्वारा किए गए किसी भी भुगतान को समायोजित करने के बाद मरीज़ के अदत्त बकाया राशि तक सीमित रहेगी। प्रकल्पित स्कोरिंग के आधार पर पात्रता का निर्धारण केवल देखभाल के उन प्रसंगों पर ही लागू होता है जिसके लिए प्रकल्पित स्कोरिंग की गई हो।

6. ऐसे मरीज़ के लिए, जो निश्चित बीमा प्लान में भाग लेते हैं, जो संगठन को "नेटवर्क-से-बाहर" माना जाता है, संगठन वित्तीय सहायता को कम कर सकता है अथवा इससे इन्कार कर सकता है, जो मरीज़ की बीमा जानकारी और अन्य उपयुक्त तथ्य और परिस्थितियों की समीक्षा के आधार पर मरीज़ को अन्य प्रकार से उपलब्ध होगी।

7. वे मरीज़ जो वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं, उन्हें सेवाओं के लिए अधिकतम $30 की मामूली फ़्लैट फ़ीस वसूली जा सकती है। मामूली फ़्लैट फ़ीस, सेवाओं के लिए AGB चार्ज से ज़्यादा नहीं होगी।

8. मरीज़, अस्वीकरण की सूचना प्राप्त होने के चौदह (14) कैलेंडर दिनों के भीतर संगठन में अतिरिक्त जानकारी प्रदान करके वित्तीय सहायता के लिए पात्रता के किसी भी अस्वीकरण के विरुद्ध अपील कर सकता है। अंतिम निर्धारण के लिए संगठन द्वारा सभी अपीलों की समीक्षा की जाएगी। यदि अंतिम निर्णय वित्तीय सहायता के पिछले अस्वीकरण को स्वीकार करता है, तो मरीज़ को लिखित सूचना भेजी जाएगी। वित्तीय सहायता के लिए पात्रता से संबंधित संगठन के निर्णयों के विरुद्ध मरीज़ों और उनके परिवारों द्वारा अपील करने की प्रक्रिया निम्नलिखित है:
   a. मरीज़ और उनके परिवार लिखित अपील पत्र पोस्ट द्वारा मरीज़ वित्तीय सहायता विभाग को प्रस्तुत कर सकते हैं। अपील पत्र में वित्तीय जानकारी शामिल होनी चाहिए, जिसे मरीज़ के मूल वित्तीय सहायता आवेदन में नहीं माना गया था, और जो मरीज़ की चैरिटी देखभाल के लिए पात्रता पर पुनर्विचार करने के लिए महत्वपूर्ण है। लिखित अपील पत्र के अतिरिक्त, मरीज़ और उनके परिवार को अपील पत्र में शामिल पुनर्विचार जानकारी के दस्तावेज़ भी संलग्न करने चाहिए। उपयुक्त दस्तावेज़ों के बिना, अपील पर विचार में देरी हो सकती है जब तक कि उपयुक्त दस्तावेज़ प्राप्त न हो जाएं। अपील पत्र और सहायक दस्तावेज़ Patient Financial Services को P.O. Box 204301, Dallas, TX, 75320-4301 पर मेल द्वारा भेजे जाने चाहिए।

b. सभी अपीलों पर संगठन की वित्तीय सहायता अपील्स कमेटी विचार करेगी, और कमेटी का निर्णय अपील करने वाले मरीज़ या परिवार को लिखित में भेजा जाएगा।

<u>वित्तीय सहायता के लिए योग्य न होने वाले मरीज़ों के लिए अन्य सहायता</u>

मरीज़ जो ऊपर वर्णित अनुसार, वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं हैं, वे संगठन द्वारा दी जाने वाली अन्य किस्म की सहायता के लिए योग्य हो सकते हैं। पूर्ण जानकारी देने के उद्देश्य से, सहायता के इन अन्य प्रकारों को यहाँ सूचीबद्ध किया गया है, हालाँकि ये आवश्यकता-आधारित नहीं हैं और ये 501(r) के अधीन नहीं हैं, लेकिन इन्हें संगठन जिस समुदाय को सेवा प्रदान करता है, उसकी सुविधा के लिए यहां शामिल किया गया है।

1. अबीमाकृत मरीज़ जो वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं हैं उन्हें उस संगठन के लिए अधिकतम भुगतान करने वाले के लिए प्रदान की जाने वाली छूट के आधार पर छूट प्रदान की जाएगी। अधिकतम भुगतान करने वाले को क्षमता या सकल राजस्व द्वारा मापी गई संगठन की आबादी का कम से कम 3% होना चाहिए। यदि कोई एक भुगतानकर्ता मात्रा के इस न्यूनतम स्तर पर नहीं पहुंचता है, तो एक से अधिक भुगतानकर्ताओं के अनुबंधों का इस प्रकार औसत लिया जाना चाहिए कि भुगतान की अवधि जिसे औसत लेने के लिए उपयोग किया जाता है वह उस वर्ष के लिए संगठन के व्यापार की मात्रा का कम से कम 3% हो।
2. अबीमाकृत और बीमाकृत मरीज़, जो वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं हैं वे शीघ्र भुगतान छूट प्राप्त कर सकते हैं। शीघ्र भुगतान छूट, ठीक पिछले अनुच्छेद में वर्णित अबीमाकृत छूट के अतिरिक्त भी दी जा सकती है।

<u>वित्तीय सहायता के लिए योग्य मरीज़ों हेतु प्रभार पर सीमाएं</u>

वित्तीय सहायता के लिए योग्य मरीज़ों से व्यक्तिगत रूप से आपात स्थिति में और चिकित्सकीय तौर पर आवश्यक अन्य देखभाल के लिए AGB से ज्यादा और अन्य सभी चिकित्सीय देखभाल हेतु लिए जाने वाले सकल शुल्क से अधिक प्रभार नहीं लिया जाएगा। संगठन "लुक-बैक" विधि का उपयोग करके एक या अधिक AGB प्रतिशत की गणना करता है, जिसमें Medicare सेवा-हेतु-शुल्क और सभी निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ता शामिल होते हैं जो संगठन को दावों का भुगतान करते हैं, और यह सब 501(r) के अनुसार किया जाता है। AGB गणना विवरण और प्रतिशतों की एक मुफ़्त प्रति संगठन की वेबसाइट पर प्राप्त की जा सकती है या किसी भी प्रवेश क्षेत्र में अनुरोध करके प्राप्त की जा सकती है। मरीज़, मरीज़ वित्तीय सेवाओं को 800-749-7624 पर कॉल करके, मेल द्वारा AGB गणना करके और प्रतिशत की एक मुफ़्त प्रति अपने पते पर भेजने के लिए अनुरोध कर सकते हैं।

<u>वित्तीय सहायता और अन्य सहायता के लिए आवेदन करना</u>

कोई मरीज़ प्रकल्पित स्कोरिंग योग्यता के माध्यम से या पूर्ण रूप से भरा हुआ FAP आवेदन जमा करके वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करके वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो सकता है। FAP आवेदन और FAP आवेदन निर्देश संगठन की वेबसाइट पर उपलब्ध हैं या सेवा के समय अनुरोध करने पर प्राप्त किए जा सकते हैं। यदि कोई मरीज़ सेवा के दिन के बाद वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करना चाहता है, तो मरीज़ Ascension Seton की वेबसाइट से FAP आवेदन और FAP आवेदन निर्देश को एक्सेस कर सकता है और उन्हें सीधे प्रिंट कर सकता है। मरीज़ FAP आवेदन और FAP आवेदन निर्देश की एक प्रति मेल द्वारा भी अनुरोध कर सकते हैं। दस्तावेज़ों की प्रति मेल द्वारा प्राप्त करने के लिए, मरीज़ों को मरीज़ वितीय सेवा विभाग को 800-749-7624 पर कॉल करना चाहिए। उल्लेखित प्रत्येक सुलभ स्थान पर, FAP आवेदन और FAP आवेदन निर्देश अंग्रेज़ी, स्पेनिश, चीनी, वियतनामी, कोरियाई और अरबी भाषाओं में उपलब्ध हैं। संगठन

में अबीमाकृत व्यक्ति को वित्तीय परामर्शदाताओं के साथ Medicaid या अन्य सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने के लिए काम करना होगा जिसके लिए मरीज़ वित्तीय सहायता हेतु संभावित रूप से पात्र माना जाता हो (प्रकल्पित स्कोरिंग के माध्यम से पात्र और अनुमोदित निर्धारित होने के मामलों को छोड़कर)। यदि कोई मरीज़ FAP आवेदन में या प्रकल्पित स्कोरिंग पात्रता प्रक्रिया के संबंध में गलत जानकारी प्रदान करता है, या यदि मरीज़ बीमा से प्राप्त राशि को सौंपने या उस बीमा कंपनी से सीधे भुगतान प्राप्त करने के अधिकार को देने से इनकार करता है जो प्रदान की गई देखभाल के लिए भुगतान करने के लिए बाध्य हो सकती है, या यदि मरीज़ वित्तीय सहायता के लिए पात्र होने हेतु Medicaid या अन्य सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने में वित्तीय परामर्शदाता के साथ सहयोग करने से इनकार करता है (सिवाय उन मामलों के जहाँ प्रकल्पित स्कोरिंग के माध्यम से पात्रता निर्धारित और स्वीकृत हो चुकी हो), तो ऐसे मरीज़ को वित्तीय सहायता से वंचित किया जा सकता है। संगठन देखभाल के वर्तमान मामले के लिए पात्रता के संबंध में निर्धारण करते समय किसी भी पात्रता निर्धारण तिथि से छः माह से कम की अवधि से पहले पूर्ण किए गए FAP आवेदन पर विचार कर सकता है। संगठन किसी भी पात्रता निर्धारण तिथि से छह महीने से अधिक पहले पूरे किए गए FAP आवेदन पर विचार नहीं करेगा।

बिलिंग और वसूली

भुगतान न करने की स्थिति में संगठन द्वारा की जाने वाली कार्यवाही को एक अलग बिलिंग और वसूली नीति में बताया गया है। बिलिंग और वसूली नीति की एक मुफ़्त प्रति संगठन की वेबसाइट पर प्राप्त की जा सकती है या सेवा के समय अनुरोध करने पर प्राप्त की जा सकती है। मरीज बिलिंग और वसूली नीति की एक मुफ़्त प्रति मेल द्वारा भी अनुरोध कर सकते हैं। दस्तावेज़ की प्रति मेल द्वारा प्राप्त करने के लिए, मरीज़ों को मरीज़ वित्तीय सेवा विभाग को 800-749-7624 पर कॉल करना चाहिए।

व्याख्या

यह नीति, सभी लागू प्रक्रियाओं के साथ मिलकर, 501(r) के अनुपालन के उद्देश्य से है और जहां विशेष रूप से संकेतित न हो, इसे उसी के अनुसार व्याख्यायित और लागू किया जाएगा।