

ASCENSION SETON

پالیسی برائے مالی معاونت
1 جولائی 2025

پالیسی/قوانین

اس پیراگراف کے نیچے فہرست شدہ اداروں (جن میں سے ہر ایک کو ”ادارہ“ کہا جاتا ہے) کی پالیسی ہے تاکہ ادارے کی سہولیات میں ہنگامی یا طبی طور پر دیگر ضروری نگہداشت فراہم کرنے کے لیے سماجی طور پر منصفانہ طرز عمل کو یقینی بنایا جائے۔ 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 Ascension Seton میں درج ذیل اداروں میں سے ہر ایک پر لاگو ہوتی ہے:

- 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. 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، نیز تقسیم میں انصاف اور سرپرستی کے حوالے سے ہمارے عزم کی عکاس ہو گی۔
2. اس پالیسی کا اطلاق تمام ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری دیگر نگہداشت پر ہوتا ہے جو ادارے کی جانب سے فراہم کی جاتی ہے، بشمول ملازمت یافتہ فزیشن کی خدمات اور رویہ جاتی صحت۔ اس پالیسی کا اطلاق ایسی نگہداشت کے اخراجات پر نہیں ہوتا جو ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت کے زمرے میں شامل نہ ہو۔
3. مالی معاونت کی پالیسی کے تحت احاطہ کیے جانے والے فراہم کنندگان کی فہرست، ادارے کی سہولیات میں علاج فراہم کرنے والے کسی بھی فراہم کنندگان کی ایک فہرست فراہم کرتی ہے جو یہ واضح کرتی ہے کہ کون سے ادارے مالی معاونت کی پالیسی کے تحت آتے ہیں اور کون سے نہیں۔

تعریفات

اس پالیسی کے مقاصد کے لیے، مندرجہ ذیل تعریفات کا اطلاق ہو گا:

- ”501(r)“ کا مطلب ہے انٹرنل ریونیو کوڈ کا سیکشن 501(r) اور اس کے تحت جاری کردہ ضوابط
- ”عام طور پر بل شدہ رقم“ یا ”AGB“ سے مراد ایمرجنسی اور دیگر طبی طور پر ضروری نگہداشت کے حوالے سے وہ رقم ہے جو عام طور پر ان افراد کو بطور بل دی جاتی ہے جن کے پاس ایسی نگہداشت کے لیے انشورنس ہوتی ہے۔

- ”کمیونٹی“ سے مراد وہ جغرافیائی علاقے ہیں، جو کاؤنٹیز کے لحاظ سے گروپ کیے گئے ہیں، جنہیں Ascension Seton سینٹرل ٹیکساس میں منصوبہ بندی کے لیے استعمال کرتا ہے: 1. سنٹرل – ٹریوس کاؤنٹی، 2. جنوب – بیز اور کالڈویل کاؤنٹیز، 3. نارٹھ – ولیمسن کاؤنٹی، 4. مغرب – برنیٹ، بلانکو اور لانو کاؤنٹیز، اور 5. مشرق – باسٹروپ، فیٹ، گونزالیس اور لی کاؤنٹیز، اور سان سابا کاؤنٹی۔ مریض کو ادارے کی کمیونٹی کا حصہ اس صورت میں سمجھا جائے گا کہ اگر اسے فراہم کردہ ضروری ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری نگہداشت ایسی کسی دوسری Ascension 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۔
- ”ہنگامی نگہداشت“ سے مراد زچگی یا ایسی شدید طبی حالت ہے جس کی فوری طبی امداد نہ ملنے سے معقول طور پر مریض (یا نامولود بچے) کی صحت کو شدید خطرہ، جسمانی کارکردگی میں شدید خرابی، یا کسی جسمانی عضو یا حصے کی سنگین خرابی کی توقع کی جا سکتی ہے۔
- ”طبی طور پر ضروری نگہداشت“ سے مراد وہ نگہداشت ہے جو (1) مریض کی بیماری کی روک تھام، تشخیص، یا علاج کے لیے موزوں، ہم آہنگ اور ضروری ہو؛ (2) مریض کی بیماری کے لیے سب سے مناسب فراہمی یا خدمات کی سطح جو محفوظ طریقے سے فراہم کی جا سکے؛
- (3) بنیادی طور پر مریض، مریض کے خاندان، معالج یا نگہداشت کنندہ کی سہولت کے لیے فراہم نہ کی جائے؛ اور (4) مریض کو نقصان پہنچانے کے بجائے فائدہ مند ہونے کا زیادہ 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 نظرثانی 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 ذریعے احاطہ شدہ مریض کی جانب سے درخواست کی جانے والی نگہداشت 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۔
- ”ادارہ“ سے مراد ہے Ascension Seton جو درج ذیل پر مشتمل ہے:
 - 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
- ”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۔

فراہم کی گئی مالی معاونت

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

1. مالی معاونت کی پالیسی کی دیگر دفعات کے مطابق، وہ مریض جن کی آمدنی وفاقی سطح غربت ("FPL") کے 250% یا اس سے کم ہو، انہیں ان خدمات کے چارجز کے اُس حصے پر 100% خیراتی نگہداشت کی اہلیت حاصل ہو گی جس کی ادائیگی مریض کی ذمہ داری بنتی ہو، بشرطیکہ اگر کوئی انشورنس ہو تو اس کی ادائیگی کے بعد باقی رقم ہو۔ یہ سہولت اس صورت میں دی جائے گی جب ایسے مریض کو قیاسی اسکورنگ (جس کی وضاحت ذیل میں پیراگراف 5 میں کی گئی ہے) کے مطابق اہل قرار دیا جائے، یا مریض مالی معاونت کی درخواست (جسے "درخواست" کہا گیا ہے) مریض کے پہلے ڈسچارج بل جاری ہونے کے بعد 240 ویں دن تک جمع کرا دے، اور اس درخواست کو ادارہ منظور کر لے۔ مریض کی ڈسچارج کی پہلی بل کے 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 ہو گی۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔

2. مالی معاونت کی پالیسی کی دیگر دفعات کے مطابق وہ مریض جن کی آمدنی وفاقی سطح غربت (FPL) کے 250% سے زیادہ لیکن 400% سے زیادہ نہ ہو، انہیں فراہم کی گئی خدمات کے چارجز کے اُس حصے پر درجہ وار (sliding scale) رعایت دی جائے گی جس کی ادائیگی مریض کی ذمہ داری بنتی ہو، بشرطیکہ اگر کوئی انشورنس ہو تو اس کی ادائیگی کے بعد باقی رقم ہو۔ یہ رعایت اس صورت میں دی جائے گی جب مریض اپنی درخواست مریض کے پہلے ڈسچارج بل کے بعد 240 ویں دن تک جمع کرا دے اور اس درخواست کو ادارہ منظور کر لے۔ مریض کے ڈسچارج کے پہلے بل کے 240 روز گزرنے کے بعد مالی معاونت کی درخواست جمع کروانے کی صورت میں مریض درجہ وار رعایت 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 ہو گی۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔ درجہ وار رعایت حسب ذیل ہے:

FPL 251% سے FPL 300% کے درمیان کے مریضوں کو 95% مدد ملے گی۔
 FPL 301% سے FPL 350% کے درمیان کے مریضوں کو 90% معاونت ملے گی۔
 FPL 351% اور FPL 400% کے درمیان مریضوں کو 85% معاونت موصول ہو گی

3. اس مالی معاونت کی پالیسی کی دیگر شقوں کے مطابق، FPL سے 400% فیصد زیادہ آمدنی رکھنے والا مریض "وسیلہ جاتی ٹیسٹ" 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۔ اگر مریض کے پاس مجموعی طبی قرض بہت زیادہ ہو اس میں Ascension اور کسی دوسرے صحت کی سہولت فراہم کرنے والے ادارے کا طبی قرض شامل ہے، جو ایمرجنسی اور دیگر طبی طور پر ضروری علاج کے لیے ہے، اور اگر یہ قرض مریض کے گھرانے کی مجموعی آمدنی کے برابر یا اس سے زیادہ ہو، تو مریض وسیلہ جاتی ٹیسٹ کے تحت مالی معاونت کا اہل ہو گا۔ وسیلہ جاتی ٹیسٹ کے تحت فراہم کی جانے والی مالی معاونت کی سطح وہی ہوتی ہے کہ جو اوپر پیراگراف 2 کے تحت FPL کے 400% ہونے والے مریض کو دی جاتی ہے، اگر مریض، مریض کے پہلے ڈسچارج بل کے 240 دن سے قبل یا اس دن درخواست جمع کرواتا ہے اور درخواست ادارے کی منظوری حاصل کر لیتی ہے۔ مریض کے ڈسچارج کے پہلے بل کے 240 روز گزرنے کے بعد مالی معاونت کی درخواست جمع کروانے کی صورت میں مریض وسیلہ جاتی ٹیسٹ کی رعایت 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 ہو گی۔ اس زمرے کی مالی معاونت کے لیے اہل مریض پر AGB کے حساب شدہ چارجز سے زیادہ چارج نہیں 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۔ وہ مریض جن کے اٹائے جات ان کے FPL کی رقم کے 250% سے تجاوز کرتے ہوں وہ مالی معاونت کے لئے اہل نہیں ہو سکتے۔

5. مالی معاونت کے لئے اہلیت کا تعین ریوینیو سائیکل میں کسی بھی وقت کیا جا سکتا ہے اور 100% خیراتی نگہداشت کے لئے اہلیت کا تعین کرنے کے لئے مریض کے پہلے 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۔ اگر مریض کو صرف قیاسی اسکورنگ کی بنیاد پر اور FAP کی درخواست مکمل کئے بغیر 100% خیراتی نگہداشت دے دی جائے، تو مریض مالی معاونت کی جس رقم کے لئے اہل ہو گا، وہ مریض کے اکاؤنٹ پر کی جانے والی ادائیگیوں کو زیر غور لانے کے بعد مریض کی غیر ادا شدہ بقایا رقم تک محدود ہو گی۔ 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۔

6. انشورنس کے ایسے مخصوص منصوبوں میں حصہ لینے والے مریض کے لئے، جو ادارے کو ”اؤٹ آف نیٹ ورک“ 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 لئے دستیاب ہو گی۔

7. مالی معاونت کے اہل مریضوں سے سروسز کے لئے \$30 تک معمولی فیس وصول کی جا سکتی ہے۔ معمولی فیس سروسز کے لئے AGB چارج سے زیادہ نہیں ہو گی۔

8. مریض مالی معاونت کی اہلیت کے استرداد کے خلاف، اس استرداد کی اطلاع موصول ہونے کے چودہ (14) کیلنڈر دنوں کے اندر ادارے کو اضافی معلومات فراہم کرتے ہوئے اپیل کر سکتا ہے۔ حتمی تعین کے لئے 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 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. مریض اور ان کے اہل خانہ پیشینٹ فنانشل سروسز ڈیپارٹمنٹ کو ڈاک کے ذریعے تحریری خط کی صورت میں اپیل جمع کروا سکتے ہیں۔ اپیل کے خط میں مالی معلومات شامل ہونی چاہئیں، جو مریض کی اصل مالی معاونت کی درخواست میں شامل نہیں کی گئیں، جو مریض کی خیراتی نگہداشت کے لئے اہلیت پر نظر ثانی کے لئے اہم ہیں۔ تحریری خط برائے اپیل کے علاوہ، مریض اور اہل خانہ کو اپیل خط میں شامل از سرنو غور کے لئے معلومات کی دستاویزات بھی شامل کرنی ہوں گی۔ مناسب دستاویزات کے بغیر، اپیل پر غور کا عمل مناسب دستاویزات موصول ہونے تک مؤخر ہو سکتا ہے۔ اپیل کا خط اور معاون دستاویزات ارسال کریں بنام Patient Financial Services at P.O. Box 204301 Dallas TX, 75320-4301

b. تمام اپیلوں پر ادارے کی مالی معاونت کی اپیل کمیٹی کی جانب سے غور کیا جائے گا، اور کمیٹی کے فیصلے تحریری طور پر اپیل کرنے والے مریض یا اس کے اہل خانہ کو ارسال کیے جائیں گے۔

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 ہیں، اگرچہ یہ مبنی بر ضرورت نہیں ہیں اور نہ ہی ان سے مقصود (r)501 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 ادارے 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، دو ایک سے زیادہ ادا کنندہ کے معاہدے 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 انشورنس شدہ اور انشورنس شدہ مریضوں کو فوری ادائیگی کے لئے رعایت مل سکتی ہے۔ یہ فوری ادائیگی کی رعایت مذکورہ بالا پیراگراف میں بیان کردہ غیر انشورنس شدہ رعایت کے علاوہ ہو سکتی ہے۔

مالی معاونت کے اہل مریضوں کے لیے فیس پر عائد پابندیاں

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 AGB فیصد کا شمار کرتا ہے اور اس میں Medicare فیس برائے خدمت اور صحت کی تمام نجی بیمہ کار جو دعوے ادا کرتے ہیں، شامل ہیں، یہ سب (r)501 کے مطابق ہے۔ AGB جمع کاری کی تفصیل اور فیصد (فیصدوں) کی مفت کاپی ادارے کی ویب سائٹ پر یا کسی بھی داخلہ شعبے میں درخواست پر حاصل کی جا سکتی ہے۔ مریض AGB جمع کاری اور فیصد کی مفت کاپی بھی ڈاک کے ذریعے درخواست کر سکتے ہیں، جس کے لیے پیشینٹ فنانشل سروسز کو 800-749-7624 پر کال کر کے مریض کے ڈاک کے پتے پر کاپی بھیجنے کی درخواست کی جا سکتی ہے۔

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 سروس کے وقت درخواست پر دستیاب ہیں۔ اگر مریض سروس کے دن (دنوں) کے بعد مالی معاونت کے لیے درخواست دینا چاہتا ہے، تو مریض FAP کی درخواست اور FAP درخواست کی ہدایات تک رسائی حاصل کر سکتا ہے اور Ascension Seton کی ویب سائٹ سے براہ راست پرنٹ کر سکتا ہے۔ مریض FAP کی درخواست اور FAP کی درخواست کی ہدایات کی ڈاک کے ذریعے بھی درخواست کر سکتے ہیں۔ ڈاک کے ذریعے دستاویزات کی کاپی طلب کرنے کے لیے، مریضوں کو چاہیے کہ وہ پیشینٹ فنانشل سروسز ڈیپارٹمنٹ سے خدمات کے شعبے کو 800-749-7624 پر کال کریں۔ مذکورہ بالا تمام قابل رسائی مقامات پر، FAP کی درخواست اور FAP کی درخواست کی ہدایات انگریزی، ہسپانوی، چینی، ویتنامی، کوریائی، اور عربی میں دستیاب ہیں۔ ادارے کی جانب سے۔

غیر بیمہ شدہ افراد پر مالی معاونت کے لیے اہل ہونے کے لیے مالی مشیر کے ساتھ کام کرنے کی پابندی ہے تاکہ وہ Medicaid یا دیگر عوامی امدادی پروگراموں کے لیے درخواست دے سکیں جن کے لیے مریض ممکنہ طور پر اہل سمجھا جاتا ہے تاکہ وہ مالی معاونت کے لیے اہل ہو (سوائے اس کے کہ وہ قیاسی اسکورنگ کے ذریعے اہل اور منظور شدہ ہو)۔ 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 (ماسوائے کہ 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۔

بلنگ اور وصولیایاں

وہ کارروائیاں جو ادارہ عدم ادائیگی کی صورت میں کر سکتا ہے وہ ایک علیحدہ بلنگ اور وصولیابی کی پالیسی میں بیان کی گئی ہیں۔ بلنگ اور وصولیابی کی پالیسی کی مفت کاپی ادارے کی ویب سائٹ پر یا سروس کے وقت درخواست پر حاصل کی جا سکتی ہے۔ مریض بلنگ اور وصولیابی کی پالیسی کی مفت کاپی ڈاک کے ذریعے بھی طلب کر سکتے ہیں۔ ڈاک کے ذریعے دستاویز کی کاپی طلب کرنے کے لیے، مریضوں کو چاہیئے کہ وہ پیشنٹ فنانشل سروسز ڈیپارٹمنٹ کو 800-749-7624 پر کال کریں۔

تشریح

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