

ASCENSION WISCONSIN

پالیسی برائے مالی معاونت 02/01/2025

پالیسی/اصول

یہ 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 Wisconsin میں درج ذیل اداروں میں سے ہر ایک پر لاگو ہوتی ہے:

Ascension SE Wisconsin Hospital – St Joseph Campus, Ascension SE Wisconsin Hospital – Elmbrook Campus, Ascension SE Wisconsin Hospital – Wauwatosa/Brown Deer Campus, Ascension All Saints Hospital, Ascension SE Wisconsin Hospital – Franklin Campus, Ascension St. Francis Hospital and Midwest Orthopedic Specialty Hospital, LLC, Ascension Wisconsin Surgery Center- Mount Pleasant, Columbia St. Mary’s Hospital Milwaukee, St. Mary’s Hospital Ozaukee, and Sacred Heart Rehabilitation Institute, Ascension Wisconsin Hospital Greenfield Campus (Emerus joint venture), Ascension Wisconsin Hospital Menomonee Falls Campus (Emerus joint venture), SJWI- Women’s Outpatient Center, ASWI- AMG-WI Avenue Family Practice, Ascension Calumet Hospital, Ascension NE Wisconsin Mercy Hospital, Ascension NE Wisconsin St. Elizabeth Hospital اور متعلقہ Ascension Medical Group کے فراہم کنندگان۔

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 نشوونما 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 اس تمام نگہداشت کے اخراجات پر نہیں ہوتا جو ہنگامی اور طبی لحاظ سے ضروری دیگر نگہداشت کے زمرے میں شامل نہیں ہیں۔
3. مالی معاونت کی پالیسی کے تحت احاطہ کیے جانے والے فراہم کنندگان کی فہرست، ادارے کی سہولیات میں علاج فراہم کرنے والے فراہم کنندگان کی فہرست فراہم کرتی ہے جو یہ واضح کرتی ہے کہ کون سے پالیسی برائے مالی معاونت 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 نافذ 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 جس کا بل عام طور پر ان افراد کو جاتا ہے جن کے پاس ایسی نگہداشت کی انشورنس ہوتی ہے۔
 - ”کمیونٹی“ سے مراد وسکونسن کی کوئی بھی کاؤنٹی ہے جس میں Ascension WI کی سہولت یا کلینک موجود ہے، جس میں آؤٹے گمی، وینابیگو، کیلیومیٹ، میراتھن، پورٹیج، لنکن، اونیڈا، ویلاس، کلارک، ملوکی، واکشا، اوزاکی، واشنگٹن، ریسین، کینوشا اور جیفرسن کاؤنٹیز بلاتحدید شامل ہیں۔ مریض کو اس صورت میں بھی ادارے کی کمیونٹی کا رکن سمجھا جائے گا جب مریض کو درکار ہنگامی اور طبی طور پر ضروری نگہداشت اس ہنگامی اور طبی طور پر ضروری نگہداشت کا تسلسل ہو جو کسی اور Ascension Health کی سہولت گاہ میں حاصل ہوئی ہو جہاں مریض کو ایسی ہنگامی اور طبی طور پر ضروری دیکھ بھال کے لیے مالی امداد کے لیے اہل قرار دیا گیا ہو۔

● ”ہنگامی نگہداشت“ سے مراد ایک ایسی طبی حالت ہے جو علامات کی انتہائی سنگین شدت (جس میں شدید درد بھی شامل ہے) کی صورت میں ظاہر ہو، جس کے لیے فوری طبی امداد نہ ملنے سے معقول طور پر یہ نتیجہ سامنے آنے کی توقع کی جا سکتی ہو کہ:

1. فرد کی صحت یا حاملہ خاتون کی صورت میں اس خاتون یا اس کے نامولود بچے کی صحت کو شدید خطرہ ہو سکتا ہے؛

2. جسمانی افعال میں شدید خرابی؛ یا

3. جسمانی عضو یا کسی حصے کی سنگین خرابی؛ یا

4. ایسی حاملہ خاتون کی صورت میں کہ جو درد زہ میں مبتلا ہو؛

a. پیدائش سے پہلے کسی دوسرے ہسپتال میں محفوظ منتقلی کے لیے مناسب وقت موجود ہو؛ یا
b. یہ منتقلی عورت یا نامولود بچے کی صحت یا سلامتی کے لیے خطرہ بن سکتی ہو۔

● ”طبی طور پر ضروری نگہداشت“ سے مراد وہ نگہداشت ہے جو (1) مریض کی حالت کی روک تھام، تشخیص، یا علاج کے لیے موزوں، ہم آہنگ اور ضروری ہو؛ (2) مریض کی حالت کے لیے خدمات کی ایسی موزوں ترین فراہمی یا سطح ہو کہ جو محفوظ طریقے سے فراہم کی جا سکے؛ (3) بنیادی طور پر مریض، مریض کے خاندان، معالج یا دیکھ بھال کرنے والے کی سہولت کے لیے فراہم نہ کی جائے؛ اور (4) مریض کے لیے نقصان دہ ہونے کی بجائے فائدہ مند ہونے کا زیادہ امکان رکھتی 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 نظر ثانی کرنے والا دوسرا ڈاکٹر کرے گا (اس کا انحصار تجویز کردہ نگہداشت کی بنیاد پر کیا جائے گا)۔ اگر اس پالیسی کے تحت مریض کی درخواست کردہ نگہداشت کو نظر ثانی کرنے والے معالج کی جانب سے طبی طور پر ضروری نہ سمجھا جائے تو ایسے میں اس تعین کی تصدیق داخل کرنے والے یا ریفر کرنے والے معالج سے کی جائے۔

● ”ادارے“ کا مطلب ہے Ascension Wisconsin۔

● ”مریض“ سے مراد وہ افراد ہیں جو ادارے میں ہنگامی اور دیگر طبی طور پر ضروری نگہداشت حاصل کرتے ہیں اور وہ شخص جو مریض کی نگہداشت کے لیے مالی طور پر 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. پالیسی برائے مالی معاونت کی دیگر شقوں کے مطابق وہ مریض جن کی آمدنی وفاقی سطح غربت (”FPL“) کے 250% یا اس سے کم ہو، انہیں ان خدمات کے اخراجات کے اُس حصے پر 100% خیراتی نگہداشت کے لیے اہل قرار دیا جائے گا جس کی ادائیگی مریض کے ذمے ہو، بشرطیکہ اگر کسی بیمہ کنندہ کی طرف سے کوئی ادائیگی کی گئی ہو تو اس کے بعد باقی رہ جانے والی رقم کے لیے، یہ اہلیت اس صورت میں ہو گی جب ایسے مریض کو قیاسی اسکورنگ (جیسا کہ ذیل کے پیراگراف 5 میں بیان کیا گیا ہے) کے مطابق اہل قرار دیا جائے، یا مریض اپنی مالی معاونت کی ”درخواست“ مریض کے پہلے ڈسچارج بل کے بعد 240 ویں دن تک یا اس سے پہلے جمع کروا دے، اور اس درخواست کو ادارے کی جانب سے منظور کر لیا جائے۔ 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 ہوگی۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔

2. اس مالی معاونت کی پالیسی کی دیگر دفعات کے مطابق، وہ مریض جن کی آمدنی FPL کے 250% سے زیادہ لیکن 400% سے زیادہ نہ ہو، انہیں خدمات کے ان اخراجات کے اُس حصے پر سلائیڈنگ اسکیل ڈسکاؤنٹ دیا جائے گا جس کی ادائیگی بیمہ کنندہ کی موجودگی کی صورت میں اس کی طرف سے ادائیگی کے بعد مریض کی ذمہ داری بنتی ہے، بشرطیکہ ایسا مریض اپنی درخواست مریض کے پہلے ڈسچارج بل جاری ہونے کے بعد 240 ویں دن تک یا اس سے پہلے جمع کروا دے، اور اس درخواست کو ادارے کی طرف سے منظور کر لیا جائے۔ اگر مریض پہلے ڈسچارج بل کے 240 ویں دن کے بعد درخواست جمع کروانا ہے تو مریض سلائیڈنگ اسکیل ڈسکاؤنٹ مالی معاونت کے لیے اہل ہو گا، لیکن پھر اس زمرے میں مریض کے لیے دستیاب مالی امداد کی رقم مریض کے غیر ادا شدہ بیلنس تک محدود ہوتی ہے، نیز اس میں مریض کے اکاؤنٹ پر کی گئی کسی بھی ادائیگیوں کو مدنظر رکھا جاتا ہے۔ اس قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔ تدریجی پیمانے پر رعایت حسب ذیل ہے:

جنوبی علاقے (Hospital legacy Columbia St. Mary's اور legacy Wheaton Franciscan Healthcare) سائنٹس کے لیے:

دکھائی گئی فیصد مریض کی ذمہ داری میں کمی کا % ہے

خیراتی نگہداشت کی سطح اور FPL کا %							اندان کے افراد کی تعداد
75%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	
400% FPL	375% FPL	350% FPL	325% FPL	300% FPL	275% FPL	250% FPL	
آمدنی کی سطح اس سے زیادہ نہ ہو							
62,600\$	58,688\$	54,775\$	50,863\$	46,950\$	43,038\$	39,125\$	1
84,600\$	79,313\$	74,025\$	68,738\$	63,450\$	58,163\$	52,875\$	2
106,600\$	99,938\$	93,275\$	86,613\$	79,950\$	73,288\$	66,625\$	3
128,600\$	120,563\$	112,525\$	104,488\$	96,450\$	88,413\$	80,375\$	4
150,600\$	141,188\$	131,775\$	122,363\$	112,950\$	103,538\$	94,125\$	5
172,600\$	161,813\$	151,025\$	140,238\$	129,450\$	118,663\$	107,875\$	6
194,600\$	182,438\$	170,275\$	158,113\$	145,950\$	133,788\$	121,625\$	7
216,600\$	203,063\$	189,525\$	175,988\$	162,450\$	148,913\$	135,375\$	8
238,600\$	223,688\$	208,775\$	193,863\$	178,950\$	164,038\$	149,125\$	9
260,600\$	244,313\$	228,025\$	211,738\$	195,450\$	179,163\$	162,875\$	10

شمالی علاقے (لیگیسی افینیٹی) مقامات کے لیے:

دکھائی گئی فیصد مریض کی ذمہ داری میں کمی کا % ہے

خیراتی نگہداشت کی سطح اور FPL کا %							اندان کے افراد کی تعداد
65%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	
400% FPL	375% FPL	350% FPL	325% FPL	300% FPL	275% FPL	250% FPL	
آمدنی کی سطح اس سے زیادہ نہ ہو							
62,600\$	58,688\$	54,775\$	50,863\$	46,950\$	43,038\$	39,125\$	1
84,600\$	79,313\$	74,025\$	68,738\$	63,450\$	58,163\$	52,875\$	2
106,600\$	99,938\$	93,275\$	86,613\$	79,950\$	73,288\$	66,625\$	3
128,600\$	120,563\$	112,525\$	104,488\$	96,450\$	88,413\$	80,375\$	4
150,600\$	141,188\$	131,775\$	122,363\$	112,950\$	103,538\$	94,125\$	5
172,600\$	161,813\$	151,025\$	140,238\$	129,450\$	118,663\$	107,875\$	6
194,600\$	182,438\$	170,275\$	158,113\$	145,950\$	133,788\$	121,625\$	7
216,600\$	203,063\$	189,525\$	175,988\$	162,450\$	148,913\$	135,375\$	8
238,600\$	223,688\$	208,775\$	193,863\$	178,950\$	164,038\$	149,125\$	9
260,600\$	244,313\$	228,025\$	211,738\$	195,450\$	179,163\$	162,875\$	10

3. اس پالیسی برائے مالی معاونت 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 لیے اہل ہو سکتا ہے۔ ایک مریض وسیلہ جاتی ٹیسٹ سے مشروط مالی اعانت کے لیے ایسی صورت میں اہل ہو گا کہ جب اس پر کل طبی قرضہ کہ جس میں ایمرجنسی اور دیگر طبی ضروری نگہداشت کے لیے Ascension اور کسی بھی دوسرے صحت کی نگہداشت کے فراہم کنندہ کی جانب واجب الادا طبی قرض شامل ہو اور جس کی کل لاگت ایسے مریض کے گھرانے کی مجموعی آمدنی کے برابر یا اس سے زیادہ ہو۔ وسیلہ جاتی ٹیسٹ کے تحت فراہم کی جانے والی مالی امداد کی سطح وہی ہوتی ہے کہ جو اوپر پیراگراف 2 کے تحت FPL کے 400% ہونے والے مریض کو دی جاتی ہے، بشرطیکہ 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 کی جانب سے 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 قسم کی مالی معاونت کے اہل مریض پر شمار کردہ AGB چارجز سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔

4. اگر کسی ”اثاثہ جاتی ٹیسٹ“ کے بعد یہ قرار دیا جائے کہ مریض کے پاس ادائیگی کرنے کے لیے کافی اثاثہ جات موجود ہیں تو عین ممکن ہے کہ مریض منکورہ بالا پیراگراف نمبر 1 تا 3 میں بیان کردہ مالی معاونت کے لیے اہل نہ ہو۔ اثاثہ جاتی ٹیسٹ میں ان اثاثہ جات کے زمروں کی بنیاد پر مریض کی ادائیگی کرنے کی قابلیت کا مکمل تخمینہ کیا جاتا ہے کہ جن کی پیمائش FAP کی درخواست میں کی جاتی ہے۔ وہ مریض جن کے اثاثہ 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 لیے اہلیت کا تعین ریوینیو سائیکل میں کسی بھی وقت کیا جا سکتا ہے اور 100% خیراتی نگہداشت کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے مریض کی پہلی 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 ہوگا، وہ مریض کے اکاؤنٹ پر کی جانے والی ادائیگیوں کو زیر غور لانے کے بعد مریض کی غیر ادا شدہ بقایہ رقم تک محدود ہوگی۔ قیاسی اسکورنگ کی بنیاد پر اہلیت کے تعین کا اطلاق صرف نگہداشت کے اسی حصے پر ہوتا ہے کہ جس کے لیے قیاسی اسکورنگ کی جاتی ہے۔

6. ایسے مریض کے لیے کہ جو ایسے مخصوص انشورنس پلانز میں حصہ لیتا ہو جو اس ادارے کو ”نیٹ ورک سے باہر“ سمجھتے ہیں، ادارہ مریض کی انشورنس معلومات اور دیگر متعلقہ حقائق و حالات کے جائزے کی بنیاد پر اس مالی امداد کو کم یا مسترد کر سکتا ہے جو بصورت دیگر مریض کو دستیاب ہوتی۔

7. 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 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 تحریری اطلاع ارسال کی جائے گی۔ مالی معاونت کی اہلیت کے حوالے سے ادارے کے فیصلے کے خلاف مریضوں اور اہل خانہ کی جانب سے اپیل کا طریقہ کار حسب ذیل ہے:

a. مریض یا خاندان کو چاہئے کہ وہ براہ راست اس مالی مشیر کو اپیل دائر کریں کہ جس کے ساتھ وہ کام کر رہے ہیں۔ مریض یا خاندان کو تفصیلی خط/فارم شامل کرنا چاہئے جس میں ان مخصوص مالی حالات کی نشاندہی کی جائے کہ جن کی بنیاد پر اپیل کی جا رہی ہو، نیز خط کی حمایت کرنے والی تمام مالی اور قانونی دستاویزات بھی شامل کی جائیں۔

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 درج کی گئی ہیں، اگرچہ یہ مبنی بر ضرورت نہیں ہیں اور نہ ہی ان سے (r) 501 کا پابند ہونا مقصود ہے لیکن ادارے کی سہولیات حاصل کرنے والی کمیونٹی کی سہولت کے لیے یہ یہاں شامل کی گئی ہیں۔

1. غیر بیمہ یافتہ مریض جو مالی معاونت کے اہل نہیں ہیں انہیں اس تنظیم 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 ہے، دو ایک سے زیادہ ادا کنندہ کے معاہدہ 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 اور Medicare فیس برائے خدمت شامل کر کے اور صحت کے تمام نجی بیمہ کاروں کو جو ادارے کو (r) 501 کے مطابق دعووں کی ادائیگی کرتے ہوں، ان سب کو شامل کرتے ہوئے ایک یا زائد AGB فیصد کا شمار کرتا ہے۔ AGB کیلکولیشن کی تفصیل اور فیصد (فیصدوں) کی مفت کاپی ادارے کی ویب سائٹ سے حاصل کی جا سکتی ہے یا پھر Ascension Wisconsin کے کسٹمر سروس ڈیپارٹمنٹ سے بذریعہ ڈاک ارسال کرنے کی درخواست کر کے حاصل 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 درخواست اور FAP درخواست کی ہدایات ادارے کی ویب سائٹ پر دستیاب ہیں، یہ Ascension Wisconsin کے کسٹمر سروس ڈیپارٹمنٹ سے رابطہ کر کے، تمام ہسپتالوں اور کلینک رجسٹریشن علاقوں میں ذاتی طور پر درخواست کر کے، یا Ascension Wisconsin کے کسی بھی مالی مشیر سے درخواست کر کے حاصل کی جا سکتی ہیں۔ ادارہ غیر انشورنس شدہ مریض سے تقاضا کرے گا کہ وہ ایک مالی مشیر کی سہولیات حاصل کر کے Medicaid یا دیگر ایسے حکومتی معاونتی پروگرامز کے لیے درخواست جمع کروائے کہ جن کے لیے مریض ممکنہ طور پر اہل ہو سکتا ہے (ماسوائے ان صورتوں کے کہ جہاں پر قیاسی اسکورنگ کے تحت اہلیت موجود 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 تفویض کرنے یا فراہم کردہ نگہداشت کی ادائیگی کی ممکنہ طور پر ذمہ دار بیمہ کمپنی کی جانب سے براہ راست ادائیگی کے حق سے انکار کرے، یا اگر مریض مالی مشیر کی سہولیات حاصل کر کے Medicaid یا دیگر ایسے حکومتی معاونتی پروگرامز کی درخواست جمع کروانے سے انکار کر دے کہ جن کے لیے مریض ممکنہ طور پر اہل ہو سکتا ہے (علاوہ ان صورتوں کے کہ جہاں پر قیاسی اسکورنگ کے تحت اہلیت 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 وصولیابیان

وہ کارروائیاں جو ادارہ عدم ادائیگی کی صورت میں کر سکتا ہے وہ ایک علیحدہ بل کاری اور وصولیابیوں کی پالیسی میں بیان کی گئی ہیں۔ بلنگ اور وصولیابی کی پالیسی کی مفت کاپی ادارے کی ویب سائٹ پر یا Ascension Wisconsin کے کسٹمر سروس ڈیپارٹمنٹ پر کال کر کے حاصل کی جا سکتی ہے۔

تشریح

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