Ascension

Genesys Hospital, Ascension St. Mary's Hospital, Ascension Medical Group – Genesys के कवर किए गए प्रदाता और Ascension Medical Group - St. Mary's के कवर किए गए प्रदाता

वित्तीय सहायता नीति

जून 2020

नीति/सिद्धांत

इस पैराग्राफ 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। इस नीति को खासतौर पर ऐसे मरीज़ों की वित्तीय सहायता की पात्रता को संबोधित करने के लिए बनाया गया है जिन्हें वित्तीय सहायता की आवश्यकता हो और जिन्हें संगठन से देखभाल प्राप्त होती हो। यह नीति Ascension Mid-Michigan मार्केट के भीतर आने वाले निम्नलिखित प्रत्येक संगठन पर लागू होती है:

Ascension Genesys Hospital	Ascension Medical Group – Genesys
Ascension Medical Group – Genesys - PMI	Ascension Genesys Ambulatory Imaging (Ascension Genesys एम्बुलेटरी इमेजिंग)
Ascension Genesys Ambulatory Therapy (Ascension Genesys एम्बुलेटरी थेरेपी)	
Ascension St. Mary's Hospital	Ascension Medical Group – St. Mary's

1. सारी वित्तीय सहायता व्यक्तिगत मानव गरिमा और सबकी भलाई के प्रति हमारी प्रतिबद्धता और आदर, गरीबी में रहने वाले लोगों और अन्य कमज़ोर व्यक्तियों के लिए हमारी विशेष चिंता और एकजुटता, और वितरणात्मक न्याय और नेतृत्व 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 गैर आवश्यक अन्य देखभाल के शुल्कों पर लागू नहीं होती।

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।

परिभाषाएं

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

- "**501(r)**" का अर्थ आंतरिक आय कोड की धारा (Internal Revenue Code) 501(r) और उसके अधीन प्रकाशित किए गए नियम।
- आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य देखभाल के संबंध में "**आमतौर पर बिल की गई राशि**" या "**AGB**" का तात्पर्य ऐसी देखभाल को कवर करने वाले बीमा वाले किसी व्यक्ति को आमतौर पर बिल की गई राशि से है।

- "**समुदाय**" का तात्पर्य सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकता आंकलन (Community Health Needs Assessment) में निर्धारित भौगोलिक सेवा क्षेत्र में रहने वाले मरीज़ों से है, इसमें निम्न शामिल है:

Ascension Mid-Michigan Community Service Area by County			
Alcona	Gladwin	Midland	Shiawassee
Arenac	Gratiot	Oakland	Tuscola
Bay	Iosco	Ogemaw	
Genesee	Lapeer	Saginaw	

- मरीज़ को तब भी संगठन के समुदाय का सदस्य माना जाएगा, यदि मरीज़ को उसके लिए जरुरी आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल Ascension के अन्य स्वास्थ्य परिसर में उसे प्राप्त होने वाली आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल की निरन्तरता में प्रदान की जा रही हो, जहाँ मरीज़ को इस प्रकार की आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए वित्तीय सहायता हेतु पात्र माना गया हो।
- "**आपातकालीन देखभाल**" का तात्पर्य *पर्याप्त गंभीरता (जिसमें गंभीर वेदना शामिल है) के तीव्र लक्षणों के रूप में प्रकट ऐसी चिकित्सीय स्थिति की देखभाल से है जिसका तुरंत इलाज ना किए जाने पर उस व्यक्ति के शरीर के कार्य को गंभीर नुकसान पहुँच सकता है, उसके किसी भी शारीरिक अंग या भाग को गंभीर रूप से नुकसान हो सकता है, या उस व्यक्ति के स्वास्थ्य को गंभीर खतरा हो सकता है*।
- "**चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल**" का तात्पर्य ऐसी देखभाल से है जो (1) मरीज़ की स्थिति के उपयुक्त और उसके सुसंगत हो और उसकी रोकथाम, निदान, या इलाज के लिए आवश्यक हो; (2) मरीज़ की स्थिति के लिए सबसे उचित आपूर्ति या सेवा का स्तर जिसे सुरक्षित रूप से प्रदान किया जा सके; (3) जिसे प्राथमिक रूप से मरीज़, मरीज़ के परिवार, चिकित्सक या देखभालकर्ता की सुविधा के लिए प्रदान नहीं किया गया हो; और (4) जिससे मरीज़ को नुकसान की बजाय संभावित रूप से लाभ ही होता है। 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, रिफर 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 उस देखभाल का निवेदन इस नीति द्वारा शामिल किए गए मरीज़ द्वारा किया गया है, उसे किसी समीक्षा करने वाले चिकित्सक द्वारा चिकित्सीय रूप से आवश्यक निर्धारित नहीं किया गया है, तो उस निर्धारण की पुष्टि दाखिल करने वाले अथवा रेफर करने वाले चिकित्सक द्वारा की जानी आवश्यक है।

- "**संगठन**" का तात्पर्य Ascension Mid-Michigan की क्षेत्रीय परिसरों और प्रदाताओं से है
- "**मरीज़**" का तात्पर्य ऐसे व्यक्तियों से हैं जिन्हें संगठन में आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक अन्य देखभाल प्राप्त हो रही हो और ऐसे व्यक्तियों से है जो मरीज़ की देखभाल के लिए वित्तीय रूप से जिम्मेदार हैं।

<u>प्रदत्त वित्तीय सहायता</u>

इस खंड में वर्णित वित्तीय सहायता समुदाय में रहने वाले मरीज़ों तक सीमित है:

1. इस वित्तीय सहायता नीति के अन्य प्रावधानों के अधीन संघीय गरीबी स्तर आय ("FPL") के 250% से कम या इसके बराबर की आय वाले मरीज़ बीमाकर्ता द्वारा भुगतान, यदि कोई हो, करने के बाद सेवाओं के स्वयं द्वारा भुगतान किए जाने वाले बकाया शुल्क के लिए 100% चैरिटी के पात्र होंगे, यदि ऐसे मरीज़ को प्रकल्पित स्कोरिंग (जिसका वर्णन नीचे पैराग्राफ 5 में किया गया है) के अनुसार पात्र निर्धारित किया जाए या यदि वह मरीज़ के पहले डिस्चार्ज बिल के बाद 240वें दिन या इससे पहले वित्तीय सहायता आवेदन ("आवेदन") जमा करता है और उस आवेदन को संगठन द्वारा अनुमोदित किया जाता 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। वित्तीय सहायता की इस श्रेणी के लिए पात्र मरीज़ से गणना किए गए AGB शुल्कों से ज्यादा शुल्क नहीं लिया जाएगा।

2. इस वित्तीय सहायता नीति के अन्य प्रावधानों के अधीन FPL के 250% से ज्यादा लेकिन 400% से कम आय वाले मरीज़ को बीमाकर्ता द्वारा भुगतान, यदि कोई हो, करने के बाद सेवाओं के स्वयं द्वारा भुगतान किए जाने वाले बकाया शुल्क के लिए स्लाइडिंग स्केल छूट मिलेगी, यदि वह मरीज़

के पहले डिस्चार्ज बिल के बाद 240वें दिन या इससे पहले आवेदन जमा करता है और उस आवेदन को संगठन द्वारा अनुमोदित 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। वित्तीय सहायता की इस श्रेणी के लिए पात्र मरीज़ से गणना किए गए AGB शुल्कों से ज्यादा शुल्क नहीं लिया जाएगा। स्लाइडिंग स्केल छूट इस प्रकार है:

निम्नलिखित आय स्तरों वाले मरीज़:	***FAP छूट%***
FPL के 251% से 275% तक	95%
FPL के 276% से 300% तक	85%
FPL के 301% से 350% तक	80%
FPL के 351% से 375% तक	75%
FPL के 376% से 400% तक	70%

3. इस वित्तीय सहायता नीति के अन्य प्रावधानों के अधीन FPL के 400% से ज्यादा आय वाला मरीज़, मरीज़ के कुल चिकित्सीय कर्ज के आधार पर संगठन से प्राप्त सेवाओं के लिए मरीज़ के शुल्कों में "जीवका साधन जांच" के अंतर्गत कुछ छूट हेतु वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो सकता है। यदि मरीज़ का कुल चिकित्सीय कर्ज बहुत ज्यादा 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। रोगी के पहले डिस्चार्ज बिल के बाद 240वें दिन या इससे पहले आवेदन जमा करने और उस आवेदन को संगठन द्वारा अनुमोदित किए जाने पर जीविका साधन जांच के बाद प्रदत्त वित्तीय सहायता का स्तर उपरोक्त पैराग्राफ 2 के अंतर्गत FPL के 400% की आय वाले रोगी को प्रदत्त सहायता के बराबर होता है। यदि मरीज़ उसके पहले डिस्चार्ज बिल के 240वें दिन के बाद आवेदन जमा करता है, तो मरीज़ जीविका साधन 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। वित्तीय सहायता की इस श्रेणी के लिए पात्र मरीज़ से गणना किए गए AGB शुल्कों से ज्यादा शुल्क नहीं लिया जाएगा।

4. ऐसा संभव है कि मरीज़ उपरोक्त पैराग्राफ 1 से लेकर 3 में वर्णित वित्तीय सहायता के लिए पात्र ना हो, यदि “संपत्ति जांच” में निर्धारित हो कि मरीज़ के पास भुगतान करने के लिए पर्याप्त संपत्ति है। संपत्ति जांच में FAP आवेदन में मापी गई संपत्तियों की श्रेणियों के आधार पर मरीज़ की भुगतान करने की क्षमता का विशेष रूप से आंकलन किया जाता है। ऐसा मरीज़ जिसकी संपत्तियां उसकी FPL राशि के 250% से ज्यादा हो, तो संभवतः वित्तीय सहायता के लिए पात्र ना रहे।

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. वित्तीय सहायता के लिए पात्र मरीज़ों से संभवतः $50 तक का नाममात्र का फ्लैट शुल्क लिया जाए (नीचे वित्तीय सहायता सह-भुगतान तालिका देखें)

स्वास्थ्य देखभाल सेवा का प्रकार	***FAP सह-भुगतान***
इनपेशेंट या आपातकालीन कक्ष देखभाल	*$50.00*
आउटपेशेंट सर्जरी/ इलाज	*$25.00*
आउटपेशेंट नैदानिक सेवाएं	*$10.00*

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। मरीज़ों और परिवारों हेतु वित्तीय सहायता के लिए पात्रता के संबंध में संगठन के निर्णय के विरुद्ध अपील करने की प्रक्रिया इस प्रकार है:

a. अपील के लिए निवेदन पत्र सभी FAP आंशिक अनुमोदन और पात्रता अस्वीकरण सूचना पत्रों के साथ शामिल किया जाता है।
b. FAP पात्रता निर्धारण पर पुनर्विचार का निवेदन करने वाले मरीज़ को अपील के लिए निवेदन पत्र को भरकर पत्र के नीचे सूचीबद्ध पते पर डाक द्वारा भेजना/पहुँचाना होगा।
c. सभी अपीलो ं 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। पूर्णता के लिए, 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 यहाँ 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। अगर कोई एक भुगतानकर्ता मात्रा के इस न्यूनतम स्तर पर नहीं पहुंचता, 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. वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य अबीमाकृत और बीमाकृत मरीज़ों को तत्काल भुगतान पर छूट मिल सकती है। तत्काल भुगतान पर छूट को ठीक पिछले पैराग्राफ में वर्णित अबीमाकृतों क े लिए छूट के अतिरिक्त भी दिया जा सकता है।

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

वित्तीय सहायता के लिए योग्य मरीज़ों से आपात स्थिति में और अन्य चिकित्सकीय तौर पर आवश्यक देखभाल और अन्य किसी चिकित्सा देखभाल के लिए AGB से व्यक्तिगत रूप से लिए जाने शुल्क से अधिक सकल प्रभार नहीं लिया जाएगा। संगठन "लुक-बैक" विधि का इस्तेमाल करके और संगठन को दावों का

भुगतान करने वाले Medicare सेवा-हेतु-शुल्क और सभी निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं को शामिल करके एक या अधिक AGB की गणना 501(r) के अनुसार करता है। AGB गणना का विवरण और प्रतिशत(प्रतिशतों) की एक मुफ्त प्रति संगठन की वेबसाइट से या अस्पताल के निम्न विभागों या कार्यालयों से संपर्क करके प्राप्त की जा सकती है: ग्राहक सेवा, वित्तीय परामर्शदाता, केशियर, कवर किए गए प्रदाता का कार्यालय।

वित्तीय सहायता और अन्य सहायता के लिए आवेदन करना

एक मरीज़ वित्तीय सहायता के लिए प्रकल्पित स्कोरिंग योग्यता के माध्यम से या एक पूरा FAP आवेदन जमा करने से वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने से योग्यता प्राप्त कर सकते हैं। FAP आवेदन और FAP आवेदन के निर्देश संगठन की वेबसाइट पर उपलब्ध हैं या इन्हें अस्पताल के निम्न में से किसी भी विभाग या कार्यालय से संपर्क करके प्राप्त किया जा सकता है: ग्राहक सेवा, वित्तीय परामर्शदाता, केशियर, कवर किए गए प्रदाता का कार्यालय। 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)। मरीज़ को वित्तीय सहायता देने से मना किया जा सकता है यदि मरीज़ FAP आवेदन में या प्रकल्पित स्कोरिंग पात्रता प्रक्रिया के संबंध में गलत जानकारी प्रदान करता है, यदि मरीज़ बीमा राशि सौंपने या प्रदान की गई देखभाल के लिए भुगतान करने हेतु बाध्य बीमा कंपनी से सीधे भुगतान प्राप्त करने के अधिकार को नकारता है, या यदि मरीज़ Medicaid या अन्य सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमों, जिसके लिए मरीज़ को वित्तीय सहायता के लिए योग्य होने हेतु संभावित रूप से पात्र माना गया हो (प्रकल्पित स्कोरिंग के माध्यम से पात्र और अनुमोदित निर्धारित होने के मामलों को छोड़कर), में आवेदन करने के लिए वित्तीय परामर्शदाताओं के साथ काम करने से मना कर देता 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 छः माह से ज्यादा की अवधि में पूर्ण 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 मुफ्त प्रति संगठन की वेबसाइट पर या अस्पताल के निम्न में से किसी भी विभाग या कार्यालय से संपर्क करके प्राप्त की जा सकती है: ग्राहक सेवा, वित्तीय परामर्शदाता, केशियर, कवर किए गए प्रदाता का कार्यालय।

<u>व्याख्या</u>

विशेष रूप से सूचित मामलों को छोड़कर सभी प्रयोज्य प्रक्रियाओं के साथ यह नीति 501(r) के अनुसार अनुपालन हेतु अभीष्ट है और इसकी व्याख्या इस के अनुसार की जाएगी और यह नीति इसीके अनुसार लागू की जाएगी।