

<p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes તંત્રની નીતિ અને કાર્યપ્રણાલીની માર્ગદર્શિકા</p>	<p style="text-align: center;">પાનું 1 / 5</p>	<p style="text-align: center;">SYS FI 51</p>
<p>સહભાગી:</p> <p>Ascension Saint Agnesની બિલિંગ અને ઉધરાણીની નીતિ</p>	<p>અમલી તારીખ: 7/16</p> <p>સમીક્ષા થયેલ છે: સુધારેલ છે: 7/17, 6/20, 10/20, 12/21</p>	
<p>મંજૂરીઓ:</p> <p>અંતિમ - પ્રમુખ/CEO: _____ તારીખ: _____</p> <p>સર્વાનુમત: _____ તારીખ _____</p> <p style="text-align: center;"><i>(CEO દ્વારા સહી કરવામાં આવ્યાના 30 દિવસો બાદ નીતિઓ અમલી બને છે.)</i></p>		

નીતિ/સિદ્ધાંતો

આર્થિક સહાય નીતિ (અથવા "FAP") મુજબ સંસ્થામાં કટોકટી અને અન્ય તબીબી જરૂરી સંભાળ પૂરી પાડવા માટે સામાજિક રીતે ન્યાયની ખાતરી કરવી Ascension Saint Agnesની નીતિ છે. આ બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસી એ ખાસ એવા દર્દીઓ માટે બિલિંગ અને વસૂલીની રીતભાતોના સમાધાન માટે તૈયાર કરવામાં આવી છે, જેઓને આર્થિક સહાયતાની જરૂર હોય અને સંસ્થા ખાતે સંભાળ મેળવતા હોય.

તમામ બિલિંગ અને વસૂલીની રીતભાતો વ્યક્તિગત માનવ ગરિમા અને સામાન્ય સારપ, ગરીબીમાં જીવતી વ્યક્તિઓ અને અન્ય કમજોર લોકો માટે વિશેષ ધ્યાન અને તેમની પડખે ઊભા રહેવું, અને સમાન વિભાજન સાથેના ન્યાય અને પ્રબંધન પ્રત્યે અમારી પ્રતિબદ્ધતા અને આદર દર્શાવશે. સંસ્થાના કર્મચારીઓ અને એજંટો એવી ઢબે વર્તાવ કરશે, જે કેથલિક દ્વારા પ્રાયોજિત સુવિધાની પોલિસીઓ અને મૂલ્યોને પ્રતિબિંબિત કરતો હોય, જેમાં દર્દીઓ અને તેમનાં કુટુંબો સાથે ગરિમા, આદર અને દયાભાવના સાથે વર્તન કરવાનો પણ સમાવેશ થાય છે.

આ બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસી સંસ્થા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી તમામ કટોકટી અને અન્ય તબીબી જરૂરી સંભાળને લાગુ પડે છે, જેમાં રોજગાર કરનાર ચિકિત્સક સેવાઓ અને વર્તન સ્વાસ્થ્યનો સમાવેશ થાય છે. આ બિલિંગ અને વસૂલીની પોલિસી ચૂકવણીની વ્યવસ્થાને લાગુ પડતી નથી. કે જે "ઇમરજન્સી" નથી તેવી સંભાળ અને અન્ય "તબીબી જરૂરી સંભાળ" માટે (કેમકે તે શરતો સંસ્થાના FAP માં નિર્ધારિત છે).

વ્યાખ્યાઓ

1. "501(r)" નો અર્થ છે ઇન્ટર્નલ રેવન્યુ કોડની કલમ 501(r) અને તેની હેઠળ સમાવી લેવામાં આવતા વિનિયમો.
2. "વસૂલાતની અસાધારણ કાર્યવાહીઓ" અથવા "ECAs"નો અર્થ છે વસૂલીની નીચે પૈકીની કોઈ પણ પ્રવૃત્તિઓ, જે 501(r) હેઠળ નિયંત્રણોને આધીન હોય:
 - a. આરક્ષિત.

- b. કન્ઝ્યુમર કેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ અથવા કેડિટ બ્યુરોને દર્દી વિષેની પ્રતિફળ માહિતીની જાણ કરવી¹.
- c. FAP હેઠળ કવર કરેલ અગાઉ આપવામાં આવેલી સંભાળના એક અથવા વધુ બિલની દર્દી દ્વારા ચુકવણી કરવામાં આવી ના હોવાને કારણે તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળને વિલંબિત કરવી અથવા નકારવી કે સંભાળ આપતા પહેલાં ચુકવણી કરવાનું જરૂર હોવાનું કહેવું.
- d. એવી કાર્યવાહીઓ જે માટે કાનૂની કે ન્યાયિક પ્રક્રિયા આવશ્યક બને, દેવાળિયાપણાની જાહેરાત જે વ્યક્તિગત ઇજાની કાર્યવાહીમાં ફાઇલ કરેલા દાવાઓ સિવાય. આ કાર્યવાહીઓમાં શામેલ છે², પરંતુ આના સુધી મર્યાદિત નથી,
 - i. દર્દીની સંપત્તિ પર પૂર્વાધિકાર મૂકવો³,
 - ii. દર્દીના બેન્ક ખાતા કે અન્ય વ્યક્તિગત સંપત્તિને ટાંચમાં લઇને અથવા જપ્ત કરીને કે અન્ય રીતે વસુલાત કરવી,
 - iii. દર્દી સામે દીવાની કાર્યવાહી શરૂ કરવી⁴, અને
 - iv. દર્દીના વેતન ના આપવાનો હુકમ મેળવવો.

ECAમાં નીચેની કોઇપણ બાબત સમાવિષ્ટ નથી (ઉપર ઘોષિત કરેલા ECA માટેના માપદંડને અન્યથા સામાન્ય રીતે સંતોષતા હોય તો પણ):

- a. દર્દીના ઋણનું વેચાણ⁵
 - i.;
 - b. વ્યક્તિગત ઇજાઓ માટે સંસ્થા દ્વારા આપવામાં આવેલી સંભાળના પરિણામ રૂપે દર્દીના દેવા સામેના ચુકાદા, પતાવટ અથવા સમાધાનની કાર્યવાહીઓ પરના રાજ્યના કાયદા હેઠળ સંસ્થા દાવો કરવાને હકદાર હોય તેવો ભોગવટાનો કોઇપણ અધિકાર; અથવા
 - c. દેવાળિયાપણાની કોઈ પણ કાર્યવાહીમાં દાવો દાખલ કરવો.
3. "FAP"નો અર્થ છે સંસ્થાની આર્થિક સહાયતા નીતિ, જે સંસ્થાના અને Ascension Health ના મિશનને આગળ ધપાવવા માટે અને 501(r)નું પાલન થાય તે પ્રમાણે લાયક દર્દીઓને આર્થિક સહાયતા પૂરી પાડવા માટેની નીતિ છે.
 4. "FAP અરજી" નો અર્થ છે આર્થિક સહાયતા માટેની અરજી.
 5. "નાણાકીય સહાયતા"નો અર્થ છે કે સંસ્થાના FAP મુજબ સંસ્થા દ્વારા દર્દીને નિ:શુલ્ક અથવા ઓછા દરની સંભાળ આપવામાં આવી શકે છે.
 6. "સંસ્થા" એટલે Ascension St Agnes વધારાની માહિતી માટે માંગણી કરવી, પ્રશ્નો અથવા ટિપ્પણીઓ સબમિટ કરવી અથવા અપીલ સબમિટ કરવા માટે, તમે નીચેની સૂચિબદ્ધ અથવા સંગઠન તરફથી પ્રાપ્ત કોઈપણ લાગુ પડતી સૂચના અથવા સૂચિમાં સૂચિબદ્ધ ઓફિસનો સંપર્ક કરી શકો છો:

દર્દીની નાણાકીય સેવાઓ @ 1-667-234-2140 પર

7. "દર્દી" એટલે એવી વ્યક્તિ જે સંસ્થા તરફથી સારવાર મેળવતી હોય (અથવા જેણે સંભાળ મેળવી હોય) અને અન્ય કોઈ પણ વ્યક્તિ એ આવી સારવાર માટે આર્થિક રીતે જવાબદાર હોય (જેમાં કુટુંબીજનો અને વાલીઓનો પણ સમાવેશ થાય છે).

¹ Marylandના કાયદા 19-214.2(b)(5) મુજબ, દર્દીને શરૂઆતી બિલ પૂરું પાડ્યા પછી 180 દિવસ સુધી સંસ્થા દ્વારા કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને જાણ કરવામાં આવવી જોઈએ નહીં.

² Maryland કોડ સેક્શન 19-214.2(g)(1) મુજબ, સંસ્થા દ્વારા ઋણની ઉધરાણી માટે દર્દીના મુખ્ય રહેઠાણ પર કબજો કરવામાં આવવો જોઈએ નહીં.

³ Maryland કોડ સેક્શન 19-214.2(g)(2) મુજબ, સંસ્થા દ્વારા હોસ્પિટલના બિલના ઋણની ઉધરાણી સામે દર્દીના મુખ્ય રહેઠાણના પૂર્વાધિકાર સંબંધી વિનંતી કરવામાં આવવી જોઈએ નહીં.

⁴ Maryland કોડ સેક્શન 19-214.2(b)(5) મુજબ, દર્દીને શરૂઆતી બિલ પૂરું પાડ્યા બાદ 180 દિવસની અંદર ઋણ ઉધરાવવા માટે સંસ્થા દ્વારા કોઈ દીવાની કાર્યવાહી કરવામાં આવવી જોઈએ નહીં.

⁵ Maryland કોડ સેક્શન 19-214.2(b)(2) મુજબ, સંસ્થા દ્વારા તબીબી ઋણને વેચવામાં આવવું જોઈએ નહીં.

બિલિંગ અને વસૂલીનાં આચરણો

પૂરી પાડવામાં આવેલી સેવાઓ માટે અને દર્દીઓ સાથે સંવાદ કરવા માટે દર્દીઓને નિયમિતપણે જારી કરાતાં બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ્સ માટે સંસ્થા એક કમબ્લ પ્રક્રિયા જાળવે છે. કોઈ દર્દી દ્વારા સંસ્થા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરવામાં ન આવે તેવા સંજોગોમાં, સંસ્થા ચૂકવણી મેળવવા માટેની ક્રિયાઓમાં શામેલ થઈ શકે છે, જેમાં મર્યાદિત નહીં, પરંતુ ટેલિફોન, ઇમેઇલ અને વ્યક્તિગત રૂપે વાતચીત કરવાનો પ્રયાસ, અને આ બિલિંગ અને સંગ્રહ પોલિસીમાં સમાવિષ્ટ જોગવાઈઓ અને પ્રતિબંધોને આધીન એક અથવા વધુ ECAs નો ઉપયોગ કરી શકે છે. મહેસૂલ સાચકલ વિભાગ પાસે સંસ્થાએ નાણાકીય સહાયતાની લાયકાત નક્કી કરવા માટે ઉચિત પ્રયાસો કર્યા છે તે નિર્ધારિત કરવા માટે આખરી સત્તા છે અને સંસ્થા ECAs માં શામેલ થઈ શકે છે.

501(r) મુજબ, આ બિલિંગ અને ઉધરાણી નીતિ એ નક્કી કરે છે કે સંસ્થા અસાધારણ ઉધરાણીનું પગલું અથવા ECAનું પગલું લે તે પહેલાં, નાણાકીય સહાયતા માટે તેની FAP હેઠળ કોઈ દર્દી પાત્રતા ધરાવે છે કે નહીં તે નિર્ધારિત કરવા માટે આ સંસ્થા દ્વારા નોંધપાત્ર પ્રયત્નો કરવામાં આવ્યા હોય. Maryland રાજ્ય દ્વારા જારી કરવામાં આવેલા માર્ગદર્શનો અનુસાર સંસ્થા દર્દીની આવક, મિલકતો અને અન્ય માપદંડોને ધ્યાનમાં લેશે. સંસ્થા કોઈ ECA અથવા ઋણ વસૂલકર્તાને ઉધરાણીની પ્રવૃત્તિ સોંપવામાં આગળ વધે તે પહેલાં, તેમણે એ દર્શાવવું જરૂરી છે કે તેમના FAP (ચૂકવણીની યોજના દ્વારા આપવાનું સમાવિષ્ટ છે) હેઠળ સહાયતાના સહાય સાથે તેમ કરી રહ્યાં છે.

એક વખત નિર્ણય કરવામાં આવ્યા બાદ, સંસ્થા અહીં વર્ણવ્યા પ્રમાણે એક કે વધુ ECAs સાથે આગળ વધી શકે છે.

1. FAP અરજીની પ્રક્રિયા. નીચે પ્રદાન કરેલ સિવાય, દર્દી કોઈપણ સમયે સંસ્થા દ્વારા પ્રાપ્ત કટોકટી અને અન્ય તબીબી આવશ્યક સંભાળના સંદર્ભમાં કોઈપણ સમયે FAP એપ્લિકેશન સબમિટ કરી શકે છે. આર્થિક સહાયતા માટે યોગ્યતાના નિર્ણયો નીચેના સામાન્ય વર્ગોના આધારે લેવામાં આવશે.

a. પૂર્ણ FAP એપ્લિકેશનો. દર્દીના કિસ્સામાં જેણે સંપૂર્ણ FAP એપ્લિકેશન સબમિટ કરી છે, સંસ્થા, સમયસર, સંભાળ માટે ચૂકવણી મેળવવા માટે કોઈપણ ECAs સ્થગિત કરશે, પાત્રતા નક્કી કરશે અને લેખિત સૂચના પ્રદાન કરશે, જે નીચે આપેલ છે.

b. યોગ્યતાના અનુમાનિત નિર્ણયો. જો કોઈ દર્દી સંભવતઃ FAP હેઠળ ઉપલબ્ધ સૌથી ઉદાર સહાય કરતા ઓછા માટે પાત્ર બનવા માટે નક્કી થશે તો સંસ્થા નિર્ધારના આધારે દર્દીને સૂચિત કરશે અને ECA શરૂ કરતા પહેલા દર્દીને વધુ ઉદાર સહાય માટે અરજી કરવા માટે એક યોગ્ય સમય આપશે.

c. કોઈ અરજી સુપ્રત કરી ન હોય એવી સ્થિતિમાં નોટિસ અને પ્રક્રિયા. જ્યાં સુધી એક પૂર્ણ FAP અરજી સબમિટ ના કરવામાં આવે અથવા FAPની પાત્રતાના સંભવિત માપદંડ હેઠળ પાત્રતા નિર્ધારિત કરવામાં ના આવે ત્યાં સુધી, દર્દીને આપવામાં આવેલી સંભાળ માટે પહેલું બિલ આપ્યાની તારીખથી ઓછામાં ઓછા 180 દિવસ સુધી સંસ્થા ECAs શરૂ કરવાનું ટાળશે. સંભાળના એક કરતાં વધુ ઘટના ના કેસમાં, આ સૂચનાની જોગવાઈઓ એકત્ર હોય શકે છે, જેમાં એકત્રિકરણમાં સમાવિષ્ટ સંભાળના સૌથી તાજેતરના ઘટના ના આધારે સમયમર્યાદા નક્કી કરવામાં આવશે. જેમણે FAP અરજી સુપ્રત કરી ન હોય એવા દર્દી તરફથી સંભાળ માટે ચૂકવણી મેળવવા માટે એક (1) કે વધુ ECA(s) શરૂ કરતાં પહેલાં સંસ્થા નીચેની કાર્યવાહીઓ કરશે:

- દર્દીને એવી લેખિત નોટિસ પૂરી પાડશે જેમાં લાયક દર્દીઓ માટે ઉપલબ્ધ આર્થિક સહાયતા સૂચવવામાં આવી હોય, સંભાળ માટે ચૂકવણી મેળવવા માટે જે ECA(s) લેવાનો આશય હોય તેની ઓળખ કરવામાં આવી હોય, અને જે ડૉસલાઇન બાદ આવા ECA(s) શરૂ કરવામાં આવી શકે તે ડૉસલાઇન જણાવવામાં આવી હોય, જે લેખિત નોટિસ પૂરી પાડવામાં આવી હોય તે તારીખ બાદ 30થી વધુ દિવસો પહેલાંની નહિ હોય;
- દર્દીને FAP સરળ ભાષામાં સાર પૂરો પાડશે; અને
- દર્દીને FAP અને FAP અરજીની પ્રક્રિયા વિશે મોઢામોઢ જાણ કરવા માટે વાજબી પ્રયત્નો કરશે.

d. અપૂર્ણ FAP અરજીઓ. અપૂર્ણ FAP અરજી સબમિટ કરનાર દર્દીના કિસ્સામાં, સંસ્થા દર્દીને FAP એપ્લિકેશન કેવી રીતે પૂર્ણ કરવી તે વિશે લેખિતમાં સૂચિત કરશે અને દર્દીને આ કરવા માટે ત્રીસ (30) દિવસનો સમય આપશે. આ સમય દરમિયાન કોઈ પણ પેન્ડિંગ ECAs રદ કરવામાં આવશે, અને લેખિત નોટિસમાં (i) FAP હેઠળ જરૂરી વધારાની માહિતી અને/અથવા દસ્તાવેજો અથવા અરજી પૂરી કરવા માટે જરૂરી હોય એવી FAP અરજીનું વર્ણન કર્યું હશે, અને (ii) સંપર્કની યોગ્ય માહિતીનો સમાવેશ કરવામાં આવશે.

2. સંભાળને મુલત્વી રાખવા કે નકારવા અંગેનાં નિયંત્રણો. જ્યાં FAP હેઠળ આવરી લેવામાં આવેલી અગાઉ પૂરી પાડવામાં આવેલી સંભાળ માટે દર્દી એક કે વધુ બિલો ચૂકવવામાં નિષ્ફળ જાય તેના કારણે FAP આપેલી વ્યાખ્યા પ્રમાણે સંસ્થા તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ પૂરી પાડતાં પહેલાં ચૂકવણી મુલત્વી રાખવાનો કે નકારવાનો અથવા ચૂકવણી કરવામાં આવે તેવો આગ્રહ રાખવાનો સંસ્થાનો આશય હોય તો દર્દીને FAP અરજી અને લાયક દર્દીઓ માટે આર્થિક સહાયતા ઉપલબ્ધ હોવાનું સૂચવતી લેખિત નોટિસ પૂરી પાડવામાં આવશે.

3. નિર્ધારણની સૂચના; ચૂકવણીની યોજનાનો વિકલ્પ.

a. નિર્ણયો. દર્દીના ખાતામાં પૂર્ણ કરેલી એક FAP અરજી મળી ગયા પછી, યોગ્યતા નિર્ધારિત કરવા માટે આ સંસ્થા તે FAP અરજીની સમીક્ષા કરશે અને દર્દીને અંતિમ નિર્ણય વિષે લેખિતમાં જાણ કરશે, જેમાં ચૌદ (14) દિવસની અંદર, દર્દી કોઈ વળતર યોજના માટે યોગ્યતા ધરાવે છે કે કેમ તે જણાવવાનું સમાવિષ્ટ છે. અધિસૂચનામાં દર્દીએ આર્થિક રીતે ચૂકવવા પાત્ર રકમના નિર્ધારણનો સમાવેશ કરાશે. જો FAP માટેની અરજી નકારવામાં આવે તો નકાર માટેનું કારણ સમજાવતી નોટિસ અને અપીલ કે પુનર્વિચાર માટેની સૂચનાઓ મોકલવામાં આવશે.

b. ચૂકવણીની યોજના. જો દર્દી ચૂકવણીની એક યોજના માટે પાત્રતાની જરૂરીયાતોને, જો હોય તો, સંતોષે તો, તેવી ચૂકવણીની કોઈપણ યોજનાઓ સંસ્થાની નાણાકીય સહાયતા નીતિમાં દર્શાવેલી શરતોને આધિન રહેશે, જેમાં સમય-સમય પર ફેરફાર કરવામાં આવી શકે છે. જો દર્દી કોઈપણ સમયે ચૂકવણીની યોજનામાં ફેરફાર કરાવવા માગે તો, દર્દી ગ્રાહક સેવા વિભાગનો સંપર્ક કરી શકે છે.⁶

c. ચૂકવણીની યોજનાઓનું પાલન. ચૂકવણીની યોજના સંબંધી આગોતરી ચૂકવણી અથવા વહેલી ચૂકવણી કરવા માટે કોઈ ઇંડ અથવા શુલ્ક લેવામાં આવશે નહીં. જો દર્દી બાર (12) મહિનામાં નિયત કરેલી ઓછામાં ઓછી અગીયાર (11) ચૂકવણીઓ કરે તો, તે દર્દી ચૂકવણીની યોજનાનું પાલન કરતા હોવાનું માનવામાં આવશે. જો દર્દી નિયત કરેલી એક માસિક ચૂકવણી ચૂકી જાય તો, દર્દી ચૂકવણી ચૂકી ગયાની તારીખથી એક (1) વર્ષની અંદર કોઈ ઇંડ વિના તે ચૂકવણી કરી શકે છે. સંસ્થા બાર (12) મહિનાની અવધિની અંદર ચૂકી ગયેલ વધારાની ચૂકવણીઓને માફ કરી શકે છે અને ઉધારણી કરતી એજન્સીને બાકી રૂણનો સંદર્ભ આપ્યા વિના અથવા વધુ કાનૂની કાર્યવાહી કર્યા વિના દર્દીને ચૂકવણીની યોજનામાં ભાગ લેવા દેવાનું ચાલુ રાખવાની અનુમતિ પી શકે છે.

d. ચૂકવણીઓ પાછી કરવી. સંભાળ માટે દર્દી દ્વારા ચૂકવવામાં આવેલી રકમ, FAP હેઠળ ચૂકવવા માટે દર્દીને વ્યક્તિગત રીતે જવાબદાર હોવાનું નિર્ધારિત કરવામાં આવેલી રકમ કરતા વધુ હોય અને વધારાની આ ચૂકવણી \$5.00થી ઓછી ના હોય તો, સંસ્થા દ્વારા વધારાની ચૂકવણીને પાછી કરવામાં આવવી જોઈશે.

i. Maryland કોડ સેક્શન 19-214.2(b)(8) મુજબ, દર્દી નિ:શુલ્ક સંભાળ મેળવવા માટે પાત્ર હોવાનું પાછળથી જાણવા મળે તો, સંસ્થા દ્વારા દર્દી અથવા દર્દીની બાંધધરી આપનાર વ્યક્તિ પાસેથી એકત્રિત કરેલી રકમને પૂરા પાડવામાં આવેલા શરૂઆતી બિલ પછી 240 દિવસની અંદર પાછી કરવામાં આવવી જોઈશે. સેક્શન 9ને આધિન, સંસ્થા દ્વારા દર્દી સામે પ્રાપ્ત કરેલ કોઈપણ ચૂકાદાને પણ રદ કરવામાં આવવો જોઈશે અને આ સ્થિતિમાં આપેલા કોઈપણ વિપરિત કેડિટ રિપોર્ટને પાછો ખેંચવામાં આવવો જોઈશે.

ii. Maryland કોડ સેક્શન 19-214.2(c)(1) મુજબ, સેવાની તારીખ પછી બે વર્ષના સમયગાળાની અંદર જો કોઈ દર્દી સેવાની તારીખે નિ:શુલ્ક સંભાળ માટે પાત્રતા ધરાવતા હોવાનું જોવા મળે તો, દર્દી અથવા દર્દીની બાંધધરી આપનાર વ્યક્તિ પાસેથી લેવામાં આવેલ \$25થી વધુની રકમ સંસ્થા દ્વારા પાછી કરવામાં આવવી જોઈશે.

iii. સેવા સમયે દર્દીની મફત સંભાળ માટેની યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે હોસ્પિટલ દર્દી અથવા દર્દીના બાંધધરી પાસેથી માહિતીની માંગણી કરવાની તારીખ પછી, જો સંસ્થા સહકારના અભાવની જાણ કરે, તો આ કલમનાં ફકરા (b)(i) હેઠળના બે વર્ષના સમયગાળાને ઘટાડીને 30 દિવસથી ઓછી કરી શકે છે.

iv. જો કોઈ દર્દીએ કોઈ સાધન-પરીક્ષણવાળી સરકારી આરોગ્ય સંભાળ યોજનામાં નામ નોંધાવેલ હોય, જેમાં દર્દીને હોસ્પિટલની સેવાઓ માટે પોતે ચૂકવણી કરવાની જરૂર હોય, તો સંસ્થાની રિફંડ પોલિસી એ રિફંડ પૂરું પાડે છે જે દર્દીની યોજનાની શરતોનું પાલન કરે છે.

e. ECA(s) નો ઊલટો ચૂકાદો. દર્દી FAP હેઠળ નાણાકીય સહાયતા મેળવવાને પાત્ર હોવાનું નિર્ધારિત થાય અને શરૂઆતી બિલ આપવામાં આવ્યા પછી 240 દિવસની અંદર જેની ECAને જાણ કરવામાં આવી હોય તેવા કેસમાં⁷, સંભાળ માટેની ચૂકવણી પ્રાપ્ત કરવા માટે દર્દી સામે લેવામાં

⁶ Maryland કો સેક્શન 19-214.2(b)(10)(iii) મુજબ, દર્દી અને સંસ્થા આપવામાં આવેલી ચૂકવણીની યોજના અથવા દર્દી સાથે કરેલી શરતોમાં ફેરફાર કરવા પારસ્પરિક રીતે સંમત થઈ શકે છે.

⁷ Maryland કોડ સેક્શન 19-214.1(a)(2)(i) મુજબ, સેવાના સમયે દર્દીઓની આવકની ગણતરી કરવામાં આવ્યા અનુસાર અથવા શરૂઆતના

આવેલી ECA સંબંધી કોઇપણ કાર્યવાહીને પાછી લેવા માટે સંસ્થા ઉપલબ્ધ એવા યોગ્ય પગલાં લેશે. ઉપલબ્ધ આવા યોગ્ય પગલાંઓમાં સામાન્યતઃ દર્દી સામેના કોઇપણ ચુકાદાને રદ કરવાના પગલાં, દર્દીની મિલકત પર લાદવામાં આવેલ વસૂલાત અથવા કબજો હટાવી લેવો અને કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સી અથવા કેડિટ બ્યુરોને પૂરી પાડવામાં આવેલી કોઇપણ પ્રતિફૂળ માહિતીને દર્દીના કેડિટ રિપોર્ટમાંથી દૂર કરવી વિગેરે સમાવિષ્ટ છે પરંતુ મર્યાદિત નથી. Maryland કોડ સેક્શન 19-214.2(f)(2) મુજબ, સંસ્થા દ્વારા દર્દી વિષે કોઇ કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને પ્રતિફૂળ માહિતી પૂરી પાડવામાં આવી હોય તો, દર્દી દ્વારા પોતાની જવાબદારી પૂર્ણ કર્યાના સાઠ (60) દિવસની અંદર સંસ્થા દ્વારા તે એજન્સીને દર્દી દ્વારા તેમની જવાબદારી પૂર્ણ કરી હોવાની જાણ કરવાની રહેશે.

4. અપીલ અને ફરિયાદો. આર્થિક સહાયતા માટેની યોગ્યતાને નકારતી અધિસૂચના મળ્યાના ચૌદ (14) કેલેન્ડર દિવસોની અંદર દર્દી સંસ્થાને વધારાની માહિતી પૂરી પાડીને યોગ્યતાના નકાર સામે અપીલ કરી શકે છે. આખરી નિર્ણય માટે બધી અપીલોની સંસ્થા દ્વારા સમીક્ષા કરવામાં આવશે. જો આખરી નિર્ણય આર્થિક સહાયતાના અગાઉના નકારની પુષ્ટિ કરે તો લેખિત અધિસૂચના દર્દીને મોકલવામાં આવશે. જો દર્દી સંસ્થા સામે તબીબી ઋણની ઉધરાણી સંબંધી ફરિયાદ નોંધાવવા માગે તો, દર્દી ગ્રાહક સેવા વિભાગનો સંપર્ક કરી શકે છે.

5. વસૂલાતો. સેક્શન 9ને આધિન, ઉપરોક્ત પ્રક્રિયાઓના નિષ્કર્ષ પછી, દર્દીના બિલ અને ચુકવણીની યોજનાઓ સ્થાપિત, પ્રક્રિયા અને ટેમ્પરેમ માટેની સંસ્થાની પ્રક્રિયાઓમાં નિર્ધારિત કર્યા મુજબ સંસ્થા વીમા વિનાના અને વીમા હેઠળના દર્દીઓ સામે ECAs સાથે આગળ વધી શકે છે. અહીં ઓળખેલા પ્રતિબંધોને આધિન અને Marylandના કાયદા મુજબ, સંસ્થા દૂબેલા ઋણ ખાતાઓ પર પ્રક્રિયા કરવા માટે દૂબેલા ઋણની ઉધરાણી કરતી બહારની એક પ્રતિષ્ઠિત એજન્સી અથવા અન્ય સેવા પ્રદાતાનો ઉપયોગ કરી શકે છે અને આવી એજન્સીઓ અથવા સેવા પ્રદાતાઓ દ્વારા ત્રીજા પક્ષોને લાગુ પડતી 501(r)ની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં આવવું જોઈએ.⁸ આ નીતિ મુજબ ઋણની ઉધરાણી માટેના કોઇપણ કરાર પર સંસ્થાનું સક્રિય નિરીક્ષણ રહેશે. હોસ્પિટલ બિલના સંબંધમાં દર્દીના ઋણની ઉધરાણીના પ્રયત્નમાં સંસ્થા દ્વારા નીચેની કોઇપણ બાબત કરવામાં આવવી જોઈએ નહીં.

- દર્દીના મુખ્ય રહેઠાણ સામે પૂર્વાધિકારની વિનંતી કરવી;
- દર્દી સામે કોઈ તરફથી ગિરફતારી અથવા ધરપકડનું વોરંટ જારી કરાવવું;
- દર્દી નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્રતા ધરાવે છે કે કેમ તે માટે ગ્રાનિશમેન્ટ ઓફ વેજીસને વિનંતી કરવી;
- એવું જાણવા મળે કે દર્દી નિ:શુલ્ક સંભાળ મેળવવાને પાત્ર હતા અથવા તો જો કરની જવાબદારીઓ પૂરી કર્યા પછી મિલકતનું મૂલ્ય બાકી ઋણના અડધા કરતા ઓછું હોય તો, મૃત દર્દીની મિલકત સામે દાવો નોંધાવવો;
- શરૂઆતી બિલ આપ્યાના 180 દિવસ પહેલાં દર્દી સામે કાર્યવાહી કરવી અથવા દર્દી સામે કાર્યવાહી કરવાના ઇરાદાવાળી જરૂરી લેખિત સૂચના આપવી;
- દર્દી નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્રતા ધરાવે છે કે કેમ એ હોસ્પિટલ દ્વારા નક્કી કરતા પહેલાં દર્દી સામે કાર્યવાહી કરવી.
- દર્દીને શરૂઆતી બિલ જારી કર્યાના ઓછામાં ઓછા 180 દિવસ પછી કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને દર્દી વિષેની વિપરિત માહિતી આપવી.
- જો સંસ્થાને તત્કાળ આગલા 60 દિવસની અંદર આરોગ્ય વીમાના નિર્ણયની અપીલ અથવા સમીક્ષા બાકી હોવાનું ફેડરલના કાયદા અનુસાર સૂચિત કરવામાં આવ્યું હોય તો, કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને દર્દી વિષે વિપરિત માહિતી આપવી, દીવાની કાર્યવાહી કરવી અથવા ઋણ ઉધરાણીકર્તાને ઉધરાણીનું કાર્ય સોંપવું. જો સંસ્થાને અપીલની જાણ થાય તે પહેલાં કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને વિપરિત માહિતી આપવામાં આવી હોય તો, સંસ્થા એજન્સીને તે રિપોર્ટને ડિલિટ કરવાની સૂચના આપશે.
- જો સંસ્થા દ્વારા તત્કાળ આગલા 60 દિવસની અંદર દર્દી દ્વારા યોગ્ય રીતે પૂર્ણ કરી લીધી હોય તેવી નિ:શુલ્ક અથવા ઘટાડેલા દરની સંભાળના અસ્વીકારની કચેલી વિનંતી પર પુનઃવિચારણા પૂરી કરી લેવામાં આવી હોય તો, કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને દર્દી વિષે વિપરિત માહિતી આપવી, દીવાની કાર્યવાહી કરવી અથવા ઋણ ઉધરાણીકર્તાને ઉધરાણીનું કાર્ય સોંપવું. જો સંસ્થાને અપીલની જાણ થાય તે પહેલાં કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને વિપરિત માહિતી આપવામાં આવી હોય તો, સંસ્થા એજન્સીને તે રિપોર્ટને ડિલિટ કરવાની સૂચના આપશે.
- નિ:શુલ્ક અથવા ઘટાડેલા દરની સંભાળ માટે વીમો ના હોય તેવા અથવા પાત્રતા ધરાવતા હોય એવા દર્દી માટે કન્ઝ્યુમર રિપોર્ટિંગ એજન્સીને દર્દી વિષેની વિપરિત માહિતી આપવી.

હોસ્પિટલના બિલ પછી 240 દિવસની અંદર દર્દીના નાણાકીય સંજોગોમાં કોઇ બદલાવ આવ્યા હોય તો તેને યોગ્ય રીતે અપડેટ કર્યા અનુસાર જેમની ધરેલું આવક ફેડરલ ગરીબી સ્તર જેટલી અથવા 200%થી ઓછી હોય એવા દર્દીઓને સંસ્થા તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ નિ:શુલ્ક દરે પૂરી પાડશે અથવા જેમની ધરેલું આવક ફેડરલ ગરીબી સ્તર જેટલી અથવા 200%થી ઓછી હોય એવા દર્દીઓને તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ ઘટાડેલા દરે પૂરી પાડશે.

⁸ Maryland કોડ સેક્શન 19-214.2(k)(4)(iii) મુજબ, સંસ્થા અને ઋણની ઉધરાણીકર્તા સેક્શન 19-214.2ની જરૂરીયાતોને સંતોષવા માટે સંયુક્ત અને ગંભીર રીતે જવાબદાર છે.

6. નાણાકીય જવાબદારીની સ્વીકૃતિ. કોઇ વ્યક્તિ સ્વેચ્છાએ નાણાકીય રીતે જવાબદાર લેવાની સંમતિ ના આપે ત્યાં સુધી 18 વર્ષની વયની હોય તેવી વ્યક્તિના તબીબ ઋણ માટે બીજી કોઇપણ વ્યક્તિને નાણાકીય રીતે જવાબદાર માની ના શકાય. આ સંમતિ એક અલગ દસ્તાવેજ પર લેખિતમાં હોવી જોઇએ, જેની આપાતકાલીન રૂમ અથવા બીજી કોઇ આપાતકાલીન સ્થિતિમાં તેની વિનંતી કરી શકાય નહીં અને આપાતકાલીન સેવાઓ પૂરી પાડવાની સ્થિતિમાં તે જરૂરી ના પણ હોય શકે.
7. વ્યાજ. અદાલતનો કોઇ ચુકાદો ના આવે ત્યાં સુધી સંસ્થા દ્વારા સ્વતઃ ચુકવણી કરતા દર્દીઓના બિલ પર વ્યાજ લગાવવામાં આવવું જોઇએ નહીં. નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્રતા ધરાવતા હોય તેવા દર્દીને સેવા આપ્યાની તારીખે થયેલા પછી ઉઠ્ઠવેલા કોઇપણ ઋણ પર સંસ્થા વ્યાજ અથવા શુલ્ક લગાવી શકે નહીં.
8. શુલ્ક. Marylandના કાયદા દ્વારા સ્થાપિત કર્યા મુજબ, નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્રતા ધરાવતા દર્દી પાસેથી હોસ્પિટલની સેવા માટે મંજૂર કરેલા ખર્ચથી વધુ રકમ પર સંસ્થા દ્વારા વધારાનો શુલ્ક લેવામાં આવવો જોઇએ નહીં.
9. વર્તમાન પ્રણાલીઓ. આ બિલિંગ અને ઉઘરાણીની નીતિની કોઇપણ જોગવાઇથી વિપરિત હોવા છતાં, સંસ્થા વર્તમાનમાં દર્દીઓ સામે ચુકાદાઓ માંગતી નથી, ક્રેડિટ એજન્સીઓને દર્દીઓની વિપરિત માહિતી આપતી નથી અથવા તબીબી ઋણની વિલંબિત ચુકવણીઓ પર કોઇ વ્યાજ લગાવતી નથી. સંસ્થાના મુખ્ય નાણાકીય અધિકારી અને કાનૂની વિભાગ સાથે પરામર્શ કર્યા બાદ વર્તમાન પ્રણાલીઓના કોઇપણ બદલાવોને Maryland કોડ સેક્શન 19-214.1 *et seq.* અનુસાર લાગુ કરવામાં આવશે. ઓછામાં ઓછું, સંસ્થા Maryland રાજ્ય દ્વારા જારી કરેલા માર્ગદર્શનોનું પાલન કરતી ચુકવણીની યોજનાની નીતિને સ્થાપિત અને લાગુ કરે નહીં ત્યાં સુધી સંસ્થા દર્દી સામે કોઇ કાનૂની કાર્યવાહી કરશે નહીં.