

वित्तीय सहायता नीति

AMITA HEALTH

उद्देश्य

इस नीति का उद्देश्य AMITA Health प्रणाली में वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए आवश्यकताएँ उल्लिखित करना है।

नीति

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 मरीजों 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 AMITA Health के अंतर्गत निम्न में से प्रत्येक संगठन पर लागू होती है:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove
Holy Family Medical Center - Des Plaines
Mercy Medical Center - Aurora
Resurrection Medical Center
St. Francis Hospital - Evanston
Saint Joseph Hospital - Chicago
Saint Joseph Hospital - Elgin
Saint Joseph Medical Center - Joliet
Saints Mary and Elizabeth Medical Center
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates
St. Mary's Hospital - Kankakee
प्रयुक्त चिकित्सा उपाय

- A. सारी वित्तीय सहायता व्यक्तिगत मानव गरिमा और सबकी भलाई के प्रति हमारी प्रतिबद्धता और आदर, गरीबी में रहने वाले लोगों और अन्य कमजोर व्यक्तियों के लिए हमारी विशेष चिंता और एकजुटता, और वितरणात्मक न्याय और नेतृत्व के प्रति हमारी प्रतिबद्धता को दर्शाएगी।
- B. 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 हैं। यह नीति गैर आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से गैर आवश्यक अन्य देखभाल के शुल्कों पर लागू नहीं होती।
- C. 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 चीजों को वित्तीय सहायता नीति के द्वारा कवर किया जाता है और किन्हें नहीं।

परिभाषाएं

नीति-विशिष्ट परिभाषाएं

- A. "501(r)" का मतलब इंटरनल रेवेन्यू कोड (Internal Revenue Code) की धारा 501(r) और उसके अधीन प्रकाशित किये गये नियम।
- B. 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 युक्त किसी व्यक्ति को आमतौर पर बिल की गई राशि से है।
- C. "समुदाय" का तात्पर्य इलिनॉय राज्य से है। इस नीति के उद्देश के लिए "समुदाय में रहना" का तात्पर्य है इलिनॉय का निवासी- एक ऐसा व्यक्ति जो इलिनॉय में रहता है और अनिश्चित काल तक इलिनॉय में रहना चाहता है, लेकिन ऐसा व्यक्ति नहीं जो स्वास्थ्य लाभ प्राप्त करने के लिए इलिनॉय में स्थानांतरित हुआ हो। मरीज़ को तब भी संगठन के समुदाय का सदस्य माना जाएगा, यदि मरीज़ को उसके लिए जरूरी आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल AMITA Health की अन्य स्वास्थ्य फ़ैसिलिटी में उसे प्राप्त होने वाली आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल की निरन्तरता में प्रदान की जा रही हो, और जहाँ मरीज़ को इस प्रकार की आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए वित्तीय सहायता हेतु पात्र माना गया हो।
- D. "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 के कार्य को गंभीर रूप से नुकसान हो सकता है, या उस व्यक्ति के स्वास्थ्य को गंभीर खतरा हो सकता है।
- E. "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 के 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 चिकित्सक 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।
- F. "संगठन" का तात्पर्य AMITA Health और उन संस्थाओं से है जिन्हें ऊपर खंड II में बताए अनुसार इस वित्तीय सहायता नीति में शामिल किया गया हो।
- G. "मरीज़" का तात्पर्य ऐसे व्यक्तियों से है 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।

- H. "प्रकल्पित स्कोरिंग" का तात्पर्य जानकारी के तृतीय पक्षी स्रोत के उपयोग से है, जिसमें वित्तीय सहायता के लिए मरीज़ की पात्रता का आंकलन करने हेतु सार्वजनिक रिकॉर्ड्स, या अन्य वस्तुनिष्ठ और उचित रूप से सटीक साधन शामिल हो सकते हैं।
- I. "अबीमाकृत मरीज़" का तात्पर्य ऐसे मरीज़ से है जो स्वास्थ्य बीमा में शामिल नहीं है और जो किसी भी सार्वजनिक या निजी स्वास्थ्य बीमा, स्वास्थ्य लाभ, या उच्च कटौती योग्य स्वास्थ्य बीमा योजनाओं, कर्मचारी मुआवजा, दुर्घटना देयता बीमा सहित अन्य स्वस्थ कवरेज कार्यक्रम, या अन्य तृतीय-पक्ष देयता के अंतर्गत लाभार्थी नहीं है।

आवश्यक प्रक्रियाएं

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

1. संघीय गरीबी स्तर आय ("FPL") के 250% से कम या इसके बराबर की आय वाले मरीज़ बीमाकर्ता द्वारा भुगतान करने के बाद सेवाओं के स्वयं द्वारा भुगतान किए जाने वाले बकाया शुल्क, यदि कोई हो तो, के लिए 100% छूट 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 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 FPL के 600% से कम आय वाले अबीमाकृत मरीज़ों को प्रदत्त सेवाओं के शुल्क के उस भाग के लिए स्लाइडिंग स्केल छूट मिलेगी। FPL के 250% से ज्यादा लेकिन FPL के 400% से कम आय वाले बीमाकृत मरीज़ों को प्रदत्त सेवाओं के लिए स्वयं द्वारा भुगतान किए जाने वाले बकाया शुल्क के भाग पर बीमा योजना के लाभों के विवरण के अनुसार स्लाइडिंग स्केल छूट मिलेगी। ऐसी छूट मरीज़ द्वारा मरीज़ के पहले डिस्चार्ज बिल के बाद 240वें दिन या इससे पहले वित्तीय सहायता आवेदन जमा किए जाने पर और उस आवेदन को संगठन द्वारा अनुमोदित किए जाने पर लागू होगी। 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: (FPL - संघीय गरीबी स्तर आय)

अबीमाकृत मरीज़ स्लाइडिंग स्केल	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

बीमाकृत मरीज़ स्लाइडिंग स्केल	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. इस वित्तीय सहायता नीति के अन्य प्रावधानों के अधीन FPL के 600% (अबीमाकृत के लिए) और 400% (बीमाकृत के लिए) से ज्यादा आय वाला मरीज़, मरीज़ के कुल चिकित्सीय कर्ज के आधार पर संगठन से प्राप्त सेवाओं के लिए मरीज़ के शुल्कों में “जीविका साधन जांच” के अंतर्गत कुछ छूट प्राप्त करने 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 AMITA Health 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। मरीज़ 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 600% (अबीमाकृत के लिए) और 400% (बीमाकृत के लिए) की आय वाले मरीज़ के लिए 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। इसके अलावा, पैराग्राफ 2 में बताए अनुसार स्लाइडिंग-स्केल छूट के लिए पात्र अबीमाकृत मरीज़ों के लिए, 12-माह की अवधि से ज्यादा की वसूली को अतिरिक्त रूप से मरीज़ के परिवार की आय के 20% तक सीमित किया जाएगा।
4. संभवतः मरीज़ उपरोक्त पैराग्राफ 1 से लेकर 3 में वर्णित वित्तीय सहायता के लिए पात्र ना हो, यदि “संपत्ति जांच” में निर्धारित किया जाए कि ऐसे 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। मरीज़, जिसकी संपत्ति उसके FPL राशि के 600% से अधिक है, वह वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं हो सकता।
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। 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।

निम्न में से एक से ज्यादा मानदंड प्रदर्शित करने वाले मरीज़ों को संभावित रूप से 100% चैरिटी देखभाल के लिए पात्र माना जाएगा: बेघर, बिना संपत्ति के मृतक, मानसिक रूप से असमर्थ जहाँ मरीज़ की ओर से कोई ना हो, Medicaid पात्रता, लेकिन सेवा की तिथि को नहीं या शामिल ना की गई सेवा के लिए, ऐसे दूसरे राज्य में Medicaid नामांकन जहाँ संगठन भागीदार प्रदाता नहीं है और ना ही बनना चाहता है, और Medicaid

सहभागिता लेकिन ठहरने की कोई भी सीमा समाप्त हो गई हो।

अतिरिक्त आज्ञापित श्रेणियों में निम्न कार्यक्रमों में नामांकन शामिल हैं: महिला, शिशु और बाल पोषण कार्यक्रम (WIC); पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP); इतिनाय मुफ्त लंच और ब्रेकफास्ट कार्यक्रम; कम आय के घर में ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (LIHEAP); चिकित्सीय देखभाल तक पहुँच प्रदान करने वाले किसी व्यवस्थित समुदाय-आधारित कार्यक्रम में नामांकन, जो कम-आय की वित्तीय स्थिति के मूल्यांकन और दस्तावेजीकरण को मापदंड मानते हैं; और चिकित्सीय सेवाओं के लिए अनुदान सहायता की प्राप्ति।

6. ऐसे मरीज़ के लिए, जो निश्चित बीमा प्लान में भाग लेते हैं, जो संगठन को “नेटवर्क-से-बाहर” मानता 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. 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 निम्नानुसार है:
 - a. प्रयोज्य होने पर अपीले आरंभ में समीक्षा और फॉलो अप प्रश्नों के लिए मरीज़ वित्तीय सेवाओं को प्राप्त होनी चाहिए।
 - b. सभी अपीलों की समीक्षा मासिक आधार पर करने के लिए कमिटी बैठक करेगी। कमिटी की सदस्यता में मरीज़ वित्तीय सेवाओं, मिशन समाकलन, केस प्रबंधन/सामाजिक सेवाएँ और वित्त/CFO से प्रतिनिधित्व शामिल होना चाहिए।

कमिटी की मासिक बैठक से पहले अपीलों को समीक्षा के लिए कमिटी के सदस्यों में वितरित किया जाएगा।
 - c. हर मामले की चर्चा करने के लिए और मरीज़ द्वारा प्रदत्त अतिरिक्त जानकारी प्रदान करने के लिए मरीज़ वित्तीय सेवाओं के प्रतिनिधि को कमिटी की बैठक में उपस्थित होना चाहिए।
 - d. अपील प्रक्रिया में आवेदक द्वारा प्रदत्त अतिरिक्त जानकारी और तथ्यों पर विशेष ध्यान देकर कमिटी आवेदक के FAP आवेदन की समीक्षा करेगी।
 - e. कमिटी अपील को अनुमत, नामंजूर या स्थगित कर सकती है। अपील की चर्चा के दौरान पूछे गए प्रश्नों के आधार पर अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता होने पर कमिटी अपील को स्थगित कर सकती है।
 - f. मरीज़ वित्तीय सेवाएं मरीज़ या परिवार के सदस्यों को लिखित में अपील के परिणाम बताएंगी।

B. वित्तीय सहायता के लिए योग्य न होने वाले मरीज़ों के लिए अन्य सहायता

मरीज़ जो ऊपर वर्णित अनुसार, वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं हैं, वे संगठन द्वारा दी जाने वाली अन्य प्रकार 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 के लिए छूट के अतिरिक्त भी दिया जा सकता है।

C. वित्तीय सहायता के लिए योग्य मरीज़ों के लिए प्रभार पर सीमाएं

1. 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 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।
2. AGB गणना विवरण और प्रतिशत की एक मुफ्त प्रतिलिपि संगठन की वेबसाइट से, 888-693-2252 पर कॉल करके, amitafinancialassistance@amitahealth.org पर ईमेल भेजकर, या निम्न पर लिखकर प्राप्त की जा सकती है:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. 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 करके वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने से योग्यता प्राप्त कर सकता है। FAP आवेदन और FAP आवेदन निर्देश संगठन की वेबसाइट से, 888-693-2252 पर कॉल करके, amitafinancialassistance@amitahealth.org पर ईमेल भेजकर, या निम्न पर लिखकर प्राप्त की जा सकती है:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

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)। रोगी को वित्तीय सहायता देने से मना किया जा सकता है यदि रोगी FAP आवेदन में या प्रकल्पित स्कोरिंग पात्रता प्रक्रिया के संबंध में गलत जानकारी प्रदान करता है, यदि रोगी बीमा राशि सौंपने या प्रदान की गई देखभाल के लिए भुगतान करने हेतु बाध्य बीमा कंपनी से सीधे भुगतान प्राप्त करने के अधिकार को सौंपने से

नकारता है, या यदि रोगी Medicaid या अन्य सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमों, जिसके लिए रोगी को वित्तीय सहायता के लिए संभावित रूप से योग्य 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।

E. 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 प्रतिलिपि संगठन की वेबसाइट से, 888-693-2252 पर कॉल करके, amitafinancialassistance@amitahealth.org पर ईमेल भेजकर, या निम्न पर लिखकर प्राप्त की जा सकती है:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

F. व्याख्या

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 इसी के अनुसार लागू की जाएगी।

संदर्भ

- Ascension प्रशासनिक नीति #600 - ज़रूरतमंदों के लिए वित्तीय सहायता
- वित्तीय सहायता आवेदन पत्र
- वित्तीय सहायता नीति का सरल भाषा में सारांश
- वित्तीय सहायता नीति में शामिल और शामिल ना किए गए प्रदाताओं की सूची
- आमतौर पर बिल की गई राशि