



रोगी क्रेडिट और संग्रह नीति (Patient Credit and Collections Policy)	RC-002
Penn State Health Revenue Cycle	प्रभावी तिथि: 1 अक्टूबर 2022

कार्य-क्षेत्र और उद्देश्य यह दस्तावेज नीचे निर्दिष्ट Penn State Health घटकों के लोगों और प्रक्रियाओं पर लागू होता है:

<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Shared Services	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input type="checkbox"/>	चिकित्सा समूह - शैक्षणिक अभ्यास प्रभाग
<input type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input type="checkbox"/>	चिकित्सा समूह - शैक्षणिक अभ्यास प्रभाग
<input type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input type="checkbox"/>	Hampden Medical Center		
<input type="checkbox"/>	Lancaster Medical Center – प्रभावी 10/3/2022		

नीति वक्तव्य

बिलिंग, संग्रह और वसूली कार्यों के संचालन के लिए स्पष्ट और सुसंगत दिशानिर्देशों को इस ढंग से प्रदान करना जिससे अनुपालन, रोगी संतुष्टि और दक्षता को बढ़ावा मिले। बिलिंग स्टेटमेंट्स, लिखित पत्राचार और फोन कॉल्स के प्रयोग के माध्यम से, पेन स्टेट हेल्थ (Penn State Health, PSH) Revenue Cycle Department रोगियों/गारंटर्स को उनकी वित्तीय जिम्मेदारियों और उपलब्ध वित्तीय सहायता विकल्पों की सूचना देने के लिए सतत प्रयास करेगा, इसके साथ-साथ देखभाल की वित्तीय निरंतरता के दौरान पारदर्शिता सुनिश्चित करते हुए बकाया खातों के संबंध में रोगियों/ गारंटर्स के साथ सहयोग करेगा। यह नीति Internal Revenue Code की धारा 501(r) और Consolidated Appropriations Act, 2021 में शामिल "No Surprises Act" में उल्लिखित अनिवार्यताओं के अनुपालन में है।

पंजीकरण, बिलिंग स्टाफ और वित्तीय सलाहकारों पर लागू होता है

परिभाषाएं

आमतौर पर बिल की गई राशि (Amount Generally Billed, AGB) परिभाषा: सकल शुल्क पर AGB या सीमा की गणना PSH द्वारा IRS 501R अंतिम नियम के अनुसार लुकबैक पद्धति का उपयोग करके की जाती है। PSH निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं और मेडिकेयर द्वारा भुगतान किए गए सभी दावों के औसत भुगतान की गणना करने के लिए इस पद्धति का प्रयोग करेगा। पात्र व्यक्तियों से केवल आपातकालीन या केवल चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए बिल की गई राशि से अधिक शुल्क नहीं लिया जाएगा। PSH अनुरोध करने वाले रोगियों को वर्तमान AGB गणना की एक मुफ्त

लिखित प्रति उपलब्ध कराएगा। इसे चैरिटी केयर (वित्तीय सहायता) छूट के साथ भ्रमित नहीं होना चाहिए, जोकि व्यक्तियों के FAP स्वीकृत होने पर 100% पर लागू होती है।

एजेंसी प्लेसमेंट: बाहरी संग्रह एजेंसियों को खराब ऋण स्थिति में खातों को एकत्र करने के लिए रखा जाता है। जब कोई खाता खराब ऋण की स्थिति में होता है, तो प्राथमिक या द्वितीयक संग्रह एजेंसी के साथ नौ महीने की असफल संग्रह गतिविधि होने तक इसे असंग्रहणीय नहीं समझा गया है।

बैलेंस बिलिंग - सरप्राइज़ बिल: संघीय कानून के अनुसार, कोई आश्चर्य नहीं अधिनियम (No Surprises Act), Penn State Health रोगियों को सरप्राइज़ बिल मिलने से बचाने के लिए प्रतिबद्ध है, जो उन रोगियों को प्राप्त होगा जो Penn State Health सुविधा या प्रदाता जिससे वे देखभाल प्राप्त करते हैं, उनकी स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क से बाहर हैं। जब कोई आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता या सुविधा रोगियों को उनकी स्वास्थ्य योजना के भुगतान के लिए सहमत और किसी सेवा के लिए आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता या सुविधा द्वारा चार्ज की गई पूरी राशि के बीच अंतर के लिए बिल देती है, तो इसे "बैलेंस बिलिंग" के रूप में जाना जाता है। "सरप्राइज़ बिल" अनपेक्षित बैलेंस बिल हैं। No Surprises Act किसी आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता या सुविधा से आपातकालीन देखभाल के लिए देखे जाने पर, या जब कोई आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता रोगी का इन-नेटवर्क अस्पताल में इलाज करता है, तब रोगियों को उच्चतर बिल प्राप्त करने से बचाता है। यदि कोई Penn State Health सुविधा या प्रदाता नेटवर्क से बाहर है, तो Penn State Health कवर की गई आपातकालीन सेवाओं या स्थिरीकरण के बाद की सेवाओं के लिए बैलेंस बिल नहीं करेगा।

बिलिंग विवरण या विवरण: प्रदान की गई सेवाओं के लिए बिल। यह गतिविधि का सारांश या एक विस्तृत बिल हो सकता है, जिसमें रोगी के खाते पर प्रत्येक शुल्क को सूचीबद्ध किया जाता है।

सेवा की तिथि (Date of Service, DOS):

- इनपेशेंट DOS - वह तिथि जब रोगी को अस्पताल से छुट्टी मिल जाती है।
- आउट पेशेंट/एम्बुलेटरी DOS - प्रक्रिया की तिथि या रोगी को चिकित्सा देखभाल प्राप्त होने की तिथि।

नैदानिक सेवाएं - सेवाएं या प्रक्रियाएं जिनका प्रयोग किसी बीमारी या विकार के कारण को निर्धारित करने के लिए किया जाता है। नैदानिक चिकित्सा देखभाल में किसी मौजूदा समस्या की निगरानी, नए लक्षणों की जांच या असामान्य जांच परिणामों का अनुसरण करके किसी रोगी की समस्या का इलाज या निदान करना शामिल है। नैदानिक सेवाएं स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को रोगियों में बीमारियों की गंभीरता या कारण प्रदान करती हैं।

वैकल्पिक सेवाएं या प्रक्रियाएं - ऐसी सेवाएं या प्रक्रियाएं जो चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं हैं, जैसाकि PSH मेडिकल स्टाफ द्वारा निर्धारित किया गया है।

आपातकालीन चिकित्सा स्थिति - ऐसी चिकित्सा स्थिति जो पर्याप्त गंभीरता (गंभीर दर्द सहित)के तीव्र लक्षणों से प्रकट होती है, जैसेकि एक विवेकपूर्ण आम व्यक्ति, जिसके पास स्वास्थ्य और चिकित्सा का औसत ज्ञान है, व्यक्ति के स्वास्थ्य (या, गर्भवती महिला के संबंध में, महिला या उसके अजन्मे बच्चे के स्वास्थ्य के संबंध में) को गंभीर खतरे में डालना, शारीरिक कार्यों में गंभीर हानि, या किसी भी शारीरिक अंग की गंभीर अक्षमता या भाग के परिणाम के लिए तत्काल चिकित्सा ध्यान की अनुपस्थिति की यथोचित अपेक्षा कर सकता है।

आकस्मिक देखभाल: आपातकालीन चिकित्सा स्थिति वाले रोगी को प्रदान की गई देखभाल, जिसे आगे परिभाषित किया गया है:

- पर्याप्त गंभीरता (जैसे, गंभीर दर्द, मानसिक गड़बड़ी तथा/अथवा मादक द्रव्यों के सेवन के लक्षण, आदि) के तीव्र लक्षणों से प्रकट होने वाली एक चिकित्सा स्थिति, जैसे कि तत्काल चिकित्सा ध्यान न दिए जाने से निम्नलिखित में से किसी परिणाम के होने की उम्मीद की जा सकती है:
 - रोगी के स्वास्थ्य (अथवा, गर्भवती महिला के संबंध में, महिला या उसके अजन्मे बच्चे के स्वास्थ्य के संबंध में) को गंभीर खतरे में डालना, अथवा
 - शारीरिक कार्यों के लिए गंभीर हानि, या
 - किसी भी शारीरिक अंग या भाग की गंभीर शिथिलता।
 - एक गर्भवती महिला के संबंध में जिसे संकुचन हो रहा है, कि प्रसव से पहले किसी अन्य अस्पताल में सुरक्षित स्थानांतरण के लिए अपर्याप्त समय है, अथवा यह कि स्थानांतरण महिला या उसके अजन्मे बच्चे के स्वास्थ्य या सुरक्षा के लिए खतरा पैदा कर सकता है।

गारंटर: वह व्यक्ति जो किसी रोगी के बिल के लिए आर्थिक रूप से जिम्मेदार होता है। एक वयस्क या एक मुक्त नाबालिग के मामले में, रोगी आमतौर पर उसका स्वयं का गारंटर होगा। 18 वर्ष से कम आयु के बच्चों को आमतौर पर गारंटर के रूप में सूचीबद्ध नहीं किया जाएगा। एक नाबालिग को प्रदान की जाने वाली सभी सेवाओं का बिल अभिरक्षण माता-पिता या कानूनी अभिभावक को दिया जाएगा, जब तक कि नाबालिग मुक्त नहीं हो जाता।

आवश्यक चिकित्सकीय: आवश्यक चिकित्सकीय का अर्थ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं से होगा जो कोई प्रदाता, विवेकपूर्ण नैदानिक निर्णय का प्रयोग करते हुए, एक रोगी को किसी बीमारी, चोट, बीमारी या उसके लक्षणों को रोकने, मूल्यांकन करने, निदान करने या उपचार करने के उद्देश्य से प्रदान करेगा, और जो हैं

- चिकित्सा पद्धति के आमतौर पर स्वीकृत मानकों के अनुसार।
 - इन उद्देश्यों के लिए, "चिकित्सा पद्धति के आमतौर पर स्वीकृत मानकों" का अर्थ है ऐसे मानक जो विशेषज्ञ समीक्षित चिकित्सा साहित्य में प्रकाशित विश्वसनीय वैज्ञानिक

साक्ष्य पर आधारित होते हैं, जो आमतौर पर संबंधित चिकित्सा समुदाय द्वारा मान्यता प्राप्त अथवा अन्यत्र नैदानिक निर्णय से जुड़े नीतिगत मुद्दों में निर्धारित मानकों के अनुरूप होते हैं।

- नैदानिक रूप से उपयुक्त, प्रकार, आवृत्ति, सीमा, साइट एवं अवधि के संदर्भ में, तथा रोगी की बीमारी, चोट या रोग के लिए प्रभावी समझा गया।
- रोगी, चिकित्सक या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता की सुविधा के लिए मुख्य रूप से नहीं, और वैकल्पिक सेवा या सेवाओं के अनुक्रम से अधिक महंगा नहीं, कम से कम उस रोगी की बीमारी, चोट अथवा रोग के निदान या उपचार से संबंधित चिकित्सीय या नैदानिक परिणाम उत्पन्न होने की संभावना हो।
- जांच योग्य या प्रयोगात्मक समझी जाने वाली सेवाओं, वस्तुओं या प्रक्रियाओं को मामले के आधार पर संबोधित किया जाएगा।

गैर-कवर या प्रायोगिक सेवाएं या प्रक्रियाएं - सेवाएं या प्रक्रियाएं जो इस प्रकार स्थापित हैं:

- प्रायोगिक/जांच सेवाएं या प्रक्रियाएं - चिकित्सा सेवाएं, प्रक्रियाएं या दवाएं जिन्हें सामान्य उपयोग के लिए अनुमोदित नहीं किया गया है लेकिन सुरक्षा और क्षमता के संबंध में नैदानिक परीक्षणों में जांच के अधीन हैं। प्रायोगिक और जांच सेवाओं, प्रक्रियाओं, या दवाओं का प्रयोग रोग या अन्य स्थितियों के निदान में, या बीमारी के इलाज, शमन, उपचार या रोकथाम में उपयोग के लिए किया जाता है।
 - जैसाकि प्रायोगिक और जांच सेवाओं के लिए उपचार प्रोटोकॉल विकसित किए गए हैं, PSH Revenue Cycle Department चिकित्सा आवश्यकता को समझाने के लिए अदाकर्ता समुदाय के साथ काम करेगा।
- गैर-कवर सेवाएं या प्रक्रियाएं - वे चिकित्सा सेवाएं या प्रक्रियाएं जो रोगी की बीमा योजना द्वारा कवर नहीं की जाती हैं।

रोगी की जिम्मेदारी: कोई भी बकाया जहां आर्थिक रूप से जिम्मेदार पक्ष रोगी या रोगी का गारंटर है (तीसरे पक्ष का अदाकर्ता नहीं)।

- देखभाल में देरी - PSH उन रोगियों के लिए गैर-आकस्मिक सेवाओं या प्रक्रियाओं में देरी कर सकता है जो प्रदान की गई देखभाल के लिए उचित रोगी के जिम्मेदारी प्रयासों को स्थापित करने से बार-बार इंकार करते हैं, EMTALA नीति के तहत दी जाने वाली देखभाल को बाहर रखा गया है।

प्राथमिक या विशिष्ट देखभाल सेवाएं - उन रोगियों को प्रदान की जाने वाली सेवाएं या प्रक्रियाएं जो गैर-आपातक या गैर-अत्यावश्यक चिकित्सा देखभाल की तलाश में अस्पताल आते हैं या स्थिरीकरण या आपातकालीन चिकित्सा स्थिति के बाद अतिरिक्त देखभाल की तलाश करते हैं। प्राथमिक या विशेष अनुसूचित सेवाएं या तो प्राथमिक देखभाल सेवाएं हैं या अग्रिम रूप से निर्धारित चिकित्सा प्रक्रियाएं हैं।

तत्काल देखभाल: ऐसी चिकित्सा स्थिति वाले रोगी को दी जाने वाली देखभाल जो जीवन/अंग के लिए खतरा नहीं है या स्थायी नुकसान का कारण नहीं है, लेकिन तत्काल देखभाल और उपचार की जरूरत है, जैसाकि मेडिकेयर एंड मेडिकेड सर्विसेज (सीएमएस) (Medicare and Medicaid Services (CMS))के केंद्रों द्वारा परिभाषित किया गया है, जो 12 घंटे के भीतर होगा, बचने के लिए:

- रोगी के स्वास्थ्य को गंभीर खतरे में डालना या गंभीर हानि या शिथिलता से बचने के लिए; या
- इस दस्तावेज़ में परिभाषित के अनुसार, आकस्मिक सेवाओं की जरूरत वाली बीमारी या चोट की संभावित शुरुआत।

नीति और प्रक्रिया विवरण

PSH जाति, प्राथमिक भाषा, लिंग, आयु, धर्म, शिक्षा, रोजगार, छात्र की स्थिति, स्वभाव, संबंध, बीमा कवरेज, सामुदायिक स्थिति, या किसी अन्य भेदभावपूर्ण विभेदक कारक पर ध्यान दिए बिना रोगी खातों पर लगातार भुगतान करेगा।

प्रत्येक रोगी/गारंटर को उसकी वित्तीय जिम्मेदारी को समझने के लिए एक उचित समय सीमा और संचार दिया जाएगा। PSH गैर-आकस्मिक स्थितियों में रोगियों/गारंटरों को उनकी सेवा के लिए अग्रिम रूप से उनकी वित्तीय जिम्मेदारी के बारे में सूचित करने का प्रयास करेगा। PSH किसी भी ऐसे रोगी के लिए गैर-आकस्मिक देखभाल (जैसाकि PSH मेडिकल स्टाफ द्वारा निर्धारित किया गया है) को स्थगित या रद्द कर सकता है जो किसी वैकल्पिक सेवा से पहले वित्तीय रूप से मंजूरी देने में असमर्थ या अनिच्छुक हो। रोगियों को **वित्तीय सहायता नीतियों - PFS-051/PFS-053** के अनुसार वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने का अवसर प्रदान किया जाएगा।

वित्तीय रूप से मंजूरी को अपवाद-मुक्त वित्तीय निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक सभी प्रक्रियाओं के साथ सहयोग और पूरा करने के रूप में परिभाषित किया जाएगा, जिसमें शामिल हैं लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं:

- बीमे का सबूत
- सही जनसांख्यिकीय जानकारी
- सभी लागू जेबखर्चों का भुगतान (अर्थात् सह-भुगतान, सहबीमा, कटौतियां और गैर-कवर किए गए शुल्क)।
- तीसरे पक्ष के लाभ या वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए PSH वित्तीय सलाहकारों के साथ काम करना।
- पिछली PSH स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए बकाया रोगी शेष का समाधान करना।

PSH को वित्तीय मंजूरी के लिए आवश्यक जानकारी प्रदान करने में विफलता के परिणामस्वरूप व्यक्ति के खाते को शेष राशि पर आगे संग्रह के लिए एक बाहरी संग्रह एजेंसी को अग्रेषित किया जा सकता है।

बीमा बिलिंग:

रोगी का चिकित्सा बीमा कवरेज रोगी, बीमा प्रदाता तथा/अथवा रोगी के नियोक्ता के बीच एक अनुबंध स्थापित करता है। Penn State Health इस अनुबंध का हिस्सा नहीं है। PSH जहां लागू हो, No Surprises Act का अनुपालन करेगा।

रोगी इनके लिए जिम्मेदार हैं:

- पता करें कि कार्यालय विजिट्स के लिए रेफरल आवश्यक है या नहीं।
- यह निर्धारित करने के लिए कि क्या निर्धारित जांच को उनकी चिकित्सा कवरेज नीति के तहत कवर किया गया है, उनके बीमा प्रदाता से संपर्क करें।
- लाभों की अनुसूची निर्धारित करने के लिए और यदि कोई सह-भुगतान या कटौती योग्य लागू होता है, तो बीमा प्रदाता से संपर्क करें।
- No Surprises बिलिंग नोटिस और सहमति प्रपत्र प्राप्त करें तथा/अथवा उस पर हस्ताक्षर करें।
- उचित दस्तावेजीकरण के साथ अपॉइन्टमेंट्स के लिए आएं।
- प्रतिकूल निर्धारण के खिलाफ अपील करने के लिए हमारे व्यापार कार्यालय के साथ काम करें।

देखभाल के प्रावधान के बाद, रोगी के दावे को उसके द्वारा प्रदत्त बीमा या तृतीय पक्ष भुगतानकर्ता के माध्यम से समयबद्ध ढंग से प्रक्रिया के लिए हर उचित प्रयास किया जाएगा (रोगी/गारंटर द्वारा दी गई या सत्यापित जानकारी के आधार पर, या अन्य स्रोत से उचित रूप में सत्यापित)।

- यदि PSH द्वारा किसी त्रुटि के कारण भुगतानकर्ता द्वारा किसी अन्य वैध दावे को अस्वीकार किया जाता है (या प्रोसेस नहीं किया जाता), तो PSH रोगी को उस राशि से अधिक राशि का बिल नहीं देगा, जो भुगतानकर्ता द्वारा दावे का भुगतान करने पर रोगी पर बकाया होती।
- यदि PSH के नियंत्रण से बाहर के कारणों के कारण भुगतानकर्ता द्वारा किसी अन्य वैध दावे को अस्वीकार (या प्रोसेस नहीं किया जाता), तो कर्मचारी, दावे के समाधान को सुविधाजनक बनाने के लिए भुगतानकर्ता और रोगी के साथ आगे की कार्यवाही करेगा।
- यदि उचित अनुवर्ती प्रयासों के बाद भी समाधान नहीं होता है तो PSH रोगी को बिल दे सकता है या भुगतानकर्ता अनुबंधों के अनुरूप अन्य कार्यवाही कर सकता है।

रोगी बिलिंग:

भुगतानकर्ता से बीमा दावे के अधिनिर्णय के बाद किसी भी शेष राशि को लाभों की व्याख्या के आधार पर रोगी (या गारंटर) को बिल किया जाएगा।

तीसरे पक्ष या बीमा भुगतानकर्ता की अनुपस्थिति में, रोगियों को सीधे बिल भेजा जाएगा। इन रोगियों को स्व-भुगतान वाले रोगी समझा जाएगा। PSH बीमाकृत FAP पात्र या गैर-FAP पात्र व्यक्तियों से

आपातकालीन या अन्य आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल के लिए प्रायः बिल की गई राशि (amounts generally billed, AGB)से अधिक शुल्क नहीं लेगा।

स्व-भुगतान वाले रोगियों को PSH में वित्तीय सहायता नीति के बारे में जानकारी प्रदान की जाएगी। देखें **वित्तीय सहायता नीतियां - PFS-051/PFS-053**।

- PSH की यह अपेक्षा है कि सभी गारंटर/रोगी PSH द्वारा दी जाने वाली सेवाओं का भुगतान करने के लिए हर उचित और सद्भावपूर्ण प्रयास करेंगे।
- इसके अतिरिक्त, PSH को पूर्ण और सटीक जनसांख्यिकीय जानकारी प्रदान करना गारंटर/रोगी की जिम्मेदारी है। ऐसा करने में विफलता के फलस्वरूप असाधारण संग्रह कार्यवाहियों का प्रयोग हो सकता है।

रोगी की अपेक्षाओं के लिए दिशा-निर्देश नीचे दिए गए हैं।

अनुसूचित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए रोगी का वित्तीय उत्तरदायित्व:

- यदि शेड्यूलिंग या पंजीकरण के दौरान यह निर्धारित किया जाता है कि रोगी के पास स्वास्थ्य बीमा नहीं है या उसके पास सीमित लाभ हैं, तो खातों को वित्तीय सलाहकार के पास भेजा जाएगा।
 - वित्तीय संचालक, अनुरोध पर सभी रोगियों को मूल्य अनुमान प्रदान करेंगे।
 - यदि कोई रोगी सूचित करता है कि वह रोगी के उत्तरदायित्व अनुमान का भुगतान नहीं कर सकता/सकती है, तो वित्तीय सलाहकार यह निर्धारित करने के लिए रोगी/गारंटर की पूर्व-जांच कर सकते हैं कि कोई व्यक्ति सरकारी कार्यक्रमों या वित्तीय सहायता के लिए योग्य है या नहीं।
 - सरकारी कार्यक्रमों या वित्तीय सहायता का पात्र होने के लिए निर्धारित व्यक्तियों को आवेदन करने के तरीके के विकल्प दिए जाएंगे।
 - PSH को आवेदन पर अनुरोधित अनिवार्य वित्तीय जानकारी प्रदान करना उस व्यक्ति का दायित्व है।
 - PSH से वित्तीय सहायता का अनुरोध करने वाले सभी रोगियों को भुगतान करने में उनकी असमर्थता सिद्ध करने के लिए सभी आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराना अनिवार्य होगा।
 - ऐसी सेवाएं जो चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं हैं, उन रोगियों के लिए स्थगित या रद्द की जा सकती हैं जो असहयोगी हैं या अपनी भुगतान करने की क्षमता या वित्तीय सहायता की जरूरत सिद्ध करने के लिए आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराकर PSH की सहायता करने में असमर्थ हैं।

- चिकित्सा आवश्यकता का निर्धारण PSH प्रदाता और चिकित्सा कर्मचारियों द्वारा किया जाएगा। कृपया इस दस्तावेज़ के परिभाषा अनुभाग के अंतर्गत चिकित्सकीय रूप से आवश्यक की परिभाषा देखें।
 - वित्तीय सलाहकार प्रदाताओं से संपर्क करेंगे और उनसे रोगी की चिकित्सा स्थिति और तत्काल ध्यान देने की जरूरत के संबंध में अतिरिक्त जानकारी प्रदान करने के लिए कहेंगे। केवल चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं समझी जाने वाली सेवाओं को PSH चिकित्सा कर्मचारियों द्वारा निर्धारित रूप में स्थगित या रद्द किया जाएगा, वित्तीय जोखिम प्रक्रिया देखें।
- PSH आवश्यक चिकित्सकीय सेवाएं प्रदान करना जारी रखेगा जबकि वित्तीय सलाहकार वित्तीय दायित्वों को पूरा करने के लिए रोगी के साथ सक्रिय रूप से काम करेंगे।
 - यदि कोई व्यक्ति सरकारी कार्यक्रमों या वित्तीय सहायता के लिए योग्यता को पूरा नहीं करता है, तो मासिक भुगतान योजना का विकल्प उपलब्ध है।
 - आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराने या मासिक भुगतान योजना स्थापित करने में विफलता के परिणामस्वरूप व्यक्ति के खाते को शेष राशि पर आगे संग्रह के लिए एक बाहरी संग्रह एजेंसी को अग्रेषित किया जा सकता है।
 - विदेशी पते वाले रोगी - यह Penn State Health की नीति है कि गैर-तीव्र सुविधा में देखे गए विदेशी बीमा वाले सभी रोगियों के लिए सेवा के समय बकाया शेष राशि एकत्र करें, गंभीर सुविधाओं पर रोगियों का प्रबंध करने वाले सहयोगियों से सभी प्रासंगिक सूचना एकत्र करने की अपेक्षा की जाती है, ताकि प्रदान की गई सभी सेवाओं हेतु रोगी को बिल देने में सक्षम हो।

सेवाओं के प्रावधान के बाद, गारंटर की शेष राशि और स्व-भुगतान शेष राशि का बिल गारंटर को दिया जाएगा। इस बिलिंग विवरण प्रक्रिया के लिए दिशानिर्देश निम्नलिखित हैं।

बिलिंग विवरण

- अस्पताल तथा/अथवा चिकित्सक सेवाओं का विवरण रोगी/गारंटर को कम से कम चार क्रमिक तीस दिवसीय बिलिंग चक्रों में भेजा जाता है।
- सभी रोगी/गारंटर किसी भी समय अपने खातों के लिए मदवार विवरण का अनुरोध कर सकते हैं।
- यदि कोई रोगी अपने खाते पर विवाद और बिल के संबंध में लिखित प्रमाण का अनुरोध करता/करती है, तो कर्मचारी रोगी/गारंटर को समय पर जवाब देंगे और खाते को संग्रह के लिए संदर्भित करने से पहले कम से कम 30 दिनों तक खाते को अपने पास रखेंगे।

- राजस्व चक्र के प्रतिनिधि या अनुबंधित विक्रेता, संग्रह को आगे बढ़ाने या वित्तीय सहायता अवसर के अनुसरण के लिए स्टेटमेंट बिलिंग चक्र के दौरान रोगी/गारंटर से (टेलीफोन, मेल, संग्रह पत्र, या ईमेल के माध्यम से) संपर्क करने का प्रयास कर सकते हैं। बिलिंग सिस्टम में रोगी के खाते में वसूली के प्रयासों का दस्तावेजीकरण किया जाता है। गारंटर/रोगी से उसकी बकाया राशि के संबंध में संपर्क करने का हर यथोचित प्रयास किया जाएगा।
- अंतिम बिलिंग विवरण संदेश यह दर्शाता है कि यदि खाते का भुगतान पत्र की तिथि से 30 दिनों के भीतर नहीं किया जाता है, तो उसे किसी बाहरी संग्रहण एजेंसी को भेजा जा सकता है।
- वित्तीय सहायता के संबंध में PSH द्वारा निर्धारित PSH रोगी वित्तीय सेवाओं/विक्रेताओं के साथ सक्रिय रूप से जुड़े मरीजों या गारंटर्स के खाते संग्रह एजेंसी को नहीं भेजे जाएंगे।
- PSH रोगी वित्तीय सेवाओं/विक्रेताओं और वित्तीय सहायता आवेदन प्रक्रिया के साथ सक्रिय रूप से जुड़े रहने के दौरान मरीजों/गारंटर्स को बिलिंग विवरण प्राप्त होते रहेंगे।
- PSH, 501(r) बिलिंग और संग्रहण अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- PSH, No Surprises Act की अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।

यह रोगी/गारंटर का दायित्व है कि वह अच्छे विश्वास के साथ काम करे और PSH में दी जाने वाली सेवाओं के भुगतान हेतु उचित प्रयास करे। वे रोगी जो सरकारी सहायता के लिए आवेदन नहीं करना चाहते, वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं हैं, या जो आय अनिवार्यताओं के पार हैं और सेवाओं के लिए भुगतान करने में मदद की जरूरत है, वे भुगतान योजना का अनुरोध कर सकते हैं। भुगतान योजना स्थापित करने के लिए दिशानिर्देश निम्नलिखित हैं।

भुगतान योजनाएं

- PSH भुगतान योजना व्यवस्था पेश करता है यदि कोई रोगी/गारंटर अपने बिल का पूरा भुगतान करने में असमर्थ है और वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं है।
- भुगतान योजना बकाया राशि पर आधारित है और PSH नेतृत्व द्वारा निर्धारित उचित समय (6-24 महीने) के भीतर हल करने का अनुरोध किया जाता है, भुगतान योजना दिशानिर्देश देखें।
- जो व्यक्ति PSH के साथ औपचारिक भुगतान योजना में शामिल नहीं हुए हैं, वे आगे के संग्रह के लिए एक बाहरी संग्रह एजेंसी के अधीन हो सकते हैं।
- व्यक्तियों से प्रत्येक माह समय पर भुगतान करने की अपेक्षा की जाती है।
- एक खाता अपराधी बन जाता है जब रोगी/गारंटर स्टेटमेंट की तारीख के 30 दिनों के भीतर सहमत मासिक भुगतान की अदायगी नहीं करता है। अपराधी खाते आगे की वसूली के लिए बाहरी संग्रह एजेंसी के अधीन हो सकते हैं।

यदि कोई रोगी/गारंटर भुगतान के गुम होने का अनुमान लगाता है या घरेलू आय बदल गई है, तो वह व्यक्ति वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकता है; **वित्तीय सहायता नीतियां - PFS-051/PFS-053** देखें ।

- बकाया बिल के भुगतान के लिए रोगी या गारंटर द्वारा उचित प्रयासों के अभाव में PSH शेष राशि पर आगे वसूली कर सकता है। इसमें वित्तीय सहायता प्रक्रिया या ऊपर वर्णित भुगतान योजना को पूरा करने के लिए आवश्यक जानकारी प्रदान नहीं करना शामिल है, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं। असाधारण वसूली कार्यवाही प्रक्रिया के लिए दिशानिर्देश निम्नलिखित हैं।

असाधारण संग्रह कार्यवाहियां

- **बाहरी संग्रह एजेंसियां** - PSH राजस्व चक्र विभाग की जिम्मेदारी न तो बाहरी संग्रह के लिए खातों को आवंटित करना है और न ही असाधारण संग्रह कार्यवाहियों में संलग्न करने हेतु यह निर्धारित करने के लिए है कि उचित प्रयास करने से पहले रोगी वित्तीय सहायता का पात्र है या नहीं।
 - 120/240 दिन का नियम - 120 दिन की अवधि जिसके दौरान अस्पताल की सुविधा को किसी व्यक्ति को FAP के बारे में सूचित करना अनिवार्य है और 240 दिन की अवधि जिसके दौरान अस्पताल की सुविधा को व्यक्ति द्वारा जमा किए गए आवेदन को संसाधित करना अनिवार्य है। PSH पहले बिलिंग विवरण की तारीख से कम से कम 120 दिनों के बाद समाप्त होने वाली अधिसूचना अवधि के दौरान नोटिस प्रदान करेगा। अस्पताल की सुविधा किसी ऐसे व्यक्ति के खिलाफ ECAs (असाधारण संग्रह कार्यवाही) (extraordinary collection actions) शुरू नहीं कर सकती है, जिसकी FAP पात्रता पहले पोस्ट डिस्चार्ज स्टेटमेंट के बाद 120 दिनों से पहले निर्धारित नहीं की गई है।
 - संग्रह एजेंसी को सौंपे जाने के बाद खातों को समायोजित किया जाएगा।
 - रोगी द्वारा FAP आवेदन जमा करने के बाद, PSH रोगी के विरुद्ध किसी भी ECA को निलंबित कर देगा, भले ही आवेदन पूर्ण हो या न हो।
 - रोगी/देनदार के साथ एक स्थापित भुगतान समझौते के बिना खातों को एजेंसी द्वारा PSH को वापस लौटा दिया जाएगा, जो उक्त एजेंसी के साथ नियोजन से 730 दिनों (दो वर्ष) से अधिक नहीं रहेगा।
 - PSH, 501(r) बिलिंग और संग्रहण अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- **क्रेडिट रिपोर्टिंग** - बाहरी संग्रह एजेंसियां, एकसर्नल क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों को खातों की रिपोर्ट कर सकती हैं। PSH और बाहरी संग्रहण एजेंसियां सभी संग्रहण गतिविधियों के दौरान पूरे समय Fair Debt Collection Practices Act और Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act, और 501(r) विनियमों का अनुपालन करेंगी।
- **बैड गारंटर एड्रेस (Bad Guarantor Address, BGA)** - PSH, यूनाइटेड स्टेट्स पोस्ट ऑफिस (United States Post Office, USPS) द्वारा लौटाए गए सभी रोगी बयानों का जवाब देने के लिए उचित प्रयास करेगा जो डिलीवर करने योग्य नहीं हैं। जिन खातों की सबसे हाल की जनसांख्यिकीय जानकारी में BGA पदनाम शामिल है, उन्हें नियोजन से पहले कम से कम 120 दिनों के लिए अतिरिक्त अनुवर्ती कार्यवाही के लिए किसी बाहरी एजेंसी को खराब ऋण के रूप में संदर्भित किया जा सकता है, हालांकि ये खाते तब तक एक असाधारण संग्रह कार्यवाही घटना के

अधीन नहीं होंगे जब तक कि अधिसूचना की अनिवार्यताओं की संतुष्टि न हो जाए। इस नीति का अभिप्राय 501(r) विनियमों का अनुपालन करना है।

- **अटॉर्नी नियोजन** - कुछ मामलों में बकाया राशि सीमा और भुगतान करने की क्षमता, तथा/अथवा गारंटर या तीसरे पक्ष के भुगतानकर्ता द्वारा भुगतान न करने के पैटर्न के आधार पर, PSH रोगी की शेष राशि एकत्र करने के लिए कानूनी कार्यवाही कर सकता है।
 - कानूनी कार्यवाही के लिए पहचाने गए खातों को एक संग्रह एजेंसी को सौंपे गए खराब ऋण खातों से अलग से पहचाना जाना चाहिए।
 - PSH कानूनी कार्यवाही के लिए अनुशंसित सभी रोगियों को एक लिखित नोटिस भेजेगा।
 - कानूनी प्रक्रिया के लिए अनुशंसित सभी खातों की समीक्षा और मूल्यांकन 30 दिनों के भीतर किया जाएगा। मूल्यांकन अवधि के दौरान, खाता सक्रिय A/R स्थिति में रहेगा। एक बार जब यह कानूनी एजेंसी के लिए स्वीकृत हो जाता है, तो यह खाता खराब ऋण के रूप में वर्गीकृत किया जाएगा।
 - यदि कोई निर्णय/ग्रहणाधिकार न्यायालय नोटिस प्राप्त हुआ है, तो नोटिस में पहचाने गए खातों पर उचित समायोजन किया जाएगा, खाते का दस्तावेजीकरण किया जाएगा, और नोटिस दायर किया जाएगा।
 - रोगी द्वारा FAP आवेदन जमा करने के बाद, PSH रोगी के विरुद्ध किसी भी ECA को निलंबित कर देगा, भले ही आवेदन पूर्ण हो या न हो।
 - PSH, 501(r) बिलिंग और संग्रहण अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- **चिकित्सक/रोगी संबंध की समाप्ति** - यदि रोगी देखभाल का भुगतान न करने का दोषी है तो PSH रोगी/चिकित्सक संबंध को समाप्त कर सकता है। **रोगियों को आवश्यक चिकित्सकीय या तत्काल देखभाल हेतु बर्खास्त नहीं किया जाएगा।** चिकित्सा निदेशक, प्रबंधक और चिकित्सक सभी को रोगी की देखभाल समाप्त करने और समाप्ति स्तर पर सहमत होना चाहिए।
 - देखभाल के लिए भुगतान न करने के दोष में शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं:
 - भुगतान प्रदान करने की क्षमता के बावजूद, भुगतान न करना या बिलों का अल्प भुगतान। वित्तीय सहायता सुरक्षित करने में अथवा जब संभव हो उचित भुगतान योजनाएं स्थापित करने में रोगियों की मदद करने के प्रयास किए जाने चाहिए, **वित्तीय सहायता नीतियां - PFS-051/PFS-053 देखें।**
 - सहायता प्राप्ति के लिए लागू तृतीय पक्ष भुगतानकर्ता कार्यक्रमों में नामांकन हेतु राजस्व चक्र कर्मचारियों के साथ सहयोग करने से इंकार करना।
- **मेडिकेयर लागत रिपोर्ट प्रतिपूर्ति योग्य खराब ऋण** - मेडिकेयर खराब ऋण के संबंध में CMS नियामक अनिवार्यताओं के तहत निर्धारित दिशानिर्देशों और विनियमों का पालन किया जाएगा।

संबंधित नीतियां और संदर्भ

यह PSH का अभिप्राय है कि यह नीति No Surprises Act, Federal Register में धारा 501(r) के अंतर्गत और मेडिकेयर खराब ऋण के संबंध में CMS नियामक अनिवार्यताओं के अंतर्गत निर्धारित दिशानिर्देशों और विनियमों के भीतर है।

वित्तीय सहायता नीतियां - PFS-051/PFS-053

रोगी बर्खास्तगी नीति (135-MGM)

वित्तीय जोखिम प्रक्रिया

भुगतान योजना दिशानिर्देश

स्वीकृतियां

अधिकृत:	Paula Tinch, वरिष्ठ उपाध्यक्ष और मुख्य वित्तीय अधिकारी
स्वीकृत:	Dan Angel, उपाध्यक्ष राजस्व साइकिल

उत्पत्ति और समीक्षा की तिथि

उत्पत्ति की तिथि: 1/1/2008

समीक्षा तिथि(तिथियां): 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022.

संशोधित: 01/05/2008, 6/10/11, और 07/01/2016 (स्थान लेता है: रोगी उत्तरदायित्व संग्रह प्रक्रिया, 10/06); 4/15/21, 11/2021, 10/2022

2017 Penn State Health संयुक्त नीति में परिवर्तित - निम्नलिखित St. Joseph नीतियां

Penn State Health पॉलिसी में शामिल की गई थी:

- ADM-CRP-64- रोगी ऋण और वसूली
 - 1-10 – संग्रह
 - नेतृत्व # 16 – संग्रह
- 1-3 रोगी वसूली खराब ऋण
- 1-4 खराब ऋण/स्व-भुगतान निपटान
- 2-8 कानूनी खाते निर्दिष्ट करना
- 3-2 निर्णय/ग्रहणाधिकार
- St. Joseph professional - खराब ऋण नीति
- St. Joseph professional - विदेशी पते वाले मरीजों का प्रबंधन

- St. Joseph professional - सर्जरी और प्रक्रियाओं के लिए वित्तीय समझौता
- CPMG - स्व-भुगतान संग्रह

विषय-वस्तु समीक्षक और योगदानकर्ता

अस्पताल और व्यावसायिक राजस्व चक्र संचालन के वरिष्ठ निदेशक; प्रबंधक रोगी पहुंच वित्तीय परामर्श