वित्तीय सहायता नीति	PFS-053
St. Joseph Medical Center और Holy Spirit Medical Center रोगी वित्तीय सेवाएं	प्रभावी तिथि: 17 जनवरी, 2023

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

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

नीति और प्रक्रिया विवरण

Penn State Health St. Joseph Medical Center (PSH SJMC) और Holy Spirit Health System के मिशन के अनुसार कवर किए गए स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या स्थान द्वारा प्रदान की गई चिकित्सकीय रूप से आवश्यक या आकस्मिक देखभाल प्राप्त करने वाले चुने गए रोगियों के लिए वित्तीय सहायता के अनुरोध और अनुमोदन के मानदंड को परिभाषित करने के लिए। (PSH HSHS).

प्रदाता सूची परिशिष्ट A स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं / सेवाओं की सूची हैं जो इस वित्तीय सहायता नीति के अंतर्गत आती या नहीं आती हैं।

कार्य-क्षेत्र

सभी कर्मचारी जो वित्तीय चिंताओं को व्यक्त करने वाले रोगी के साथ संपर्क कर सकते हैं।

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।

बैलेंस बिलिंग - सरप्राइज़ बिल: संघीय कानून के अनुसार, कोई आश्चर्य नहीं अधिनियम (No Surprises Act), Penn State Health रोगियों को सरप्राइज 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।

गणनीय परिसंपत्तियों को उन परिसंपत्तियों के रूप में परिभाषित किया जाता है जिन्हें स्वास्थ्य संबंधी देनदारियों के भुगतान के लिए उपलब्ध समझा जाता है, जैसे कि नकद / बैंक खाते, जमा प्रमाणपत्र, बांड, स्टॉक, म्यूचुअल फ़ंड या पेंशन लाभ। स्वास्थ्य सेवा विभाग (Department of Health Services, DHS) में परिभाषित Medical Assistance Bulletin, Hospital Uncompensated Care Program और Charity Plans Countable Assets में गैर-तरल परिसंपत्ति जैसे घर, वाहन, घरेलू सामान, IRAs और 401K खाते शामिल नहीं होते हैं।

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 और/या 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, या
  - 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, या यह कि स्थानांतरण महिला या उसके अजन्मे बच्चे के स्वास्थ्य या सुरक्षा के लिए खतरा पैदा कर सकता है।

संघीय गरीबी आय स्तर स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (एचएचएस) (Department of Health and Human Services, HHS) द्वारा प्रत्येक वर्ष जनवरी में Federal Registry में प्रकाशित किए जाते हैं। https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines

वित्तीय सहायता का अर्थ है मुफ्त देखभाल या रियायती देखभाल प्राप्त करने की योग्यता। ऐसे रोगी जो गैर-बीमित/बीमित हैं और आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल प्राप्त कर रहे हैं, जो सरकारी या अन्य बीमा कवरेज के लिए अपात्र हैं, और जिनकी पारिवारिक आय अमेरिकी संघीय गरीबी स्तर (U.S. Federal Poverty Level) के 300% या उससे कम है, वे इस नीति के तत्वावधान में मुफ्त देखभाल के पात्र होंगे।

चिकित्सकीय रूप से आवश्यक का अर्थ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं से होगा जो कोई प्रदाता, विवेकपूर्ण नैदानिक निर्णय का प्रयोग करते हुए, एक रोगी को किसी बीमारी, चोट, रोग 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।
- आपातकालीन चिकित्सा स्थिति के लिए आवश्यक चिकित्सा उपचार।
- PSH-SJMC और PSH-HSHS *कैथोलिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए नैतिक और धार्मिक निर्देशों* का पालन करते हैं

अनुमानित वित्तीय सहायता एक ऐसे व्यक्ति को संदर्भित करती है जिसे गरीब माना जाता है और वित्तीय सहायता का पात्र होता है जबकि रोगी द्वारा या प्रौद्योगिकी स्रोतों के माध्यम से पर्याप्त जानकारी प्रदान की जाती है जो PSH को यह निर्धारित करने की अनुमति देती है कि रोगी वित्तीय सहायता के लिए योग्य है। प्रौद्योगिकी स्रोतों में सुरक्षित चिकित्सा सहायता पात्रता और सत्यापन (Medical Assistance Eligibility and Verification) वेब पोर्टल शामिल हैं, जैसे Compass और NaviNet, लेकिन इन तक सीमित नहीं। अनुमानित दान का समर्थन करने वाले कारकों में शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं: बेघर, कोई आय नहीं, महिलाओं, शिशुओं और बच्चों के कार्यक्रम (Women’s, Infants and Children’s programs, WIC) के लिए पात्रता, राशन कार्ड पात्रता, कम आय वाला आवास एक वैध पते, मृतक के रूप में प्रदान किया गया बिना किसी ज्ञात संपत्ति या राज्य-वित्त पोषित निर्धारित कार्यक्रमों में पात्रता वाले रोगी।

गैर-बीमित रोगी का अर्थ है एक ऐसा व्यक्ति जिसके पास बिल के सभी या किसी भाग के लिए किसी तीसरे पक्ष के बीमाकर्ता, ERISA योजना, संघीय स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम (Federal Health Care Program) (State Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, SCHIP, and Tricare सहित), श्रमिकों के मुआवजे, चिकित्सा बचत खाते या अन्य कवरेज के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल कवरेज नहीं है। जिन रोगियों ने अपने स्वास्थ्य बीमा कवरेज को समाप्त कर दिया है या रोगी की बीमा पॉलिसी में उल्लिखित गैर-कवर सेवाएं हैं, उन्हें गैर-बीमित नहीं माना जाएगा।

नीति और/या प्रक्रिया विवरण

अधिसूचना:

- यह वित्तीय सहायता नीति, वित्तीय सहायता आवेदन, और एक सामान्य भाषा में लिखित सारांश जनता के अनुरोध पर उपलब्ध कराया जाएगा।
- रोगी के बिलिंग विवरण में वित्तीय सहायता की उपलब्धता के संबंध में जानकारी होगी।
- इस कार्यक्रम की उपलब्धता की सूचना अस्पताल के भीतर रोगी पंजीकरण क्षेत्रों, क्लीनिकों और PSH वेब साइट पर पोस्ट की जाएगी।
- वित्तीय सहायता नीति और आवेदन सभी आउट पेशेंट क्लिनिक स्थान साइटों पर उपलब्ध होंगे।
- यदि किसी भी आबादी की प्राथमिक भाषा 1,000 से कम या सेवा देने वाले समुदाय का 5% है, तो उस भाषा में FAP उपलब्ध कराया जाएगा।
- वित्तीय सहायता नीति और आवेदन उन सामुदायिक आउटरीच कार्यक्रमों में उपलब्ध कराए जाएंगे जिनमें PSH भाग लेता है।

- 120/240 दिन का नियम - 120 दिन की अवधि जिसके दौरान किसी व्यक्ति को FAP के बारे में सूचित करने के लिए अस्पताल की सुविधा की ज़रूरत होती है और 240 दिन की अवधि जिसके दौरान व्यक्ति द्वारा जमा किए गए आवेदन को प्रोसेस करने के लिए अस्पताल की सुविधा की ज़रूरत होती 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 खिलाफ़ ECAs (असाधारण वसूली कार्यवाही) शुरू नहीं कर सकती है, जिसकी FAP पात्रता पहले पोस्ट डिस्चार्ज स्टेटमेंट के 120 दिनों से पहले निर्धारित नहीं की गई है।
- PSH, 501R बिलिंग और वसूली अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- PSH, जहां लागू हो, No Surprises Act का अनुपालन करेगा।

पात्रता मापदंड:

- वित्तीय सहायता नीचे दिए गए दिशा-निर्देशों के अनुसार पारिवारिक आय के आधार पर स्वीकृत की जाती है। योग्य रोगी आवश्यक चिकित्सकीय सेवाओं के लिए 100% निःशुल्क देखभाल के पात्र होंगे। PSH, गैर-बीमित FAP पात्र या non-FAP पात्र व्यक्तियों से आपातकालीन या अन्य आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल के लिए आमतौर पर बिल की गई राशि (AGB) से अधिक शुल्क नहीं लेगा।

परिवार का आकार	सकल आय	वित्तीय सहायता छूट
1	$43,740.00	100%
2	$59,160.00	100%
3	$74,580.00	100%
4	$90,000.00	100%
5	$105,420.00	100%
6	$120,840.00	100%
7.	$136,260.00	100%
8	$151,680.00	100%

*8 (आठ) से अधिक व्यक्तियों वाले परिवार के लिए, प्रत्येक अतिरिक्त व्यक्ति के लिए $15,420.00 जोड़ें।

- वित्तीय सहायता के लिए मूल्यांकन, वित्तीय सहायता आवेदन पूरा होने के साथ शुरू होता है। यह पूरा होना, गारंटर द्वारा हस्ताक्षरित और वर्तमान में दिनांकित होना ज़रूरी है। (संलग्नक देखें)
- रोगी को अमेरिका का नागरिक, स्थायी कानूनी निवासी या PA निवासी होना जरूरी है जो निवास का प्रमाण प्रदान कर सकता है (अमेरिका से बाहर रहने वाले गैर-अमेरिकी नागरिकों को छोड़कर)।
- वित्तीय सहायता के लिए अनुमोदित होने से पहले रोगी को चिकित्सा सहायता, Federal अथवा State Insurance Marketplace (जब तक छूट का प्रमाण प्रदान नहीं किया जाता) या किसी अन्य लागू तृतीय पक्ष भुगतान स्रोत के लिए आवेदन करना चाहिए।
    - स्व-भुगतान करने वाले बच्चों को आंशिक वित्तीय सहायता की पेशकश की जा सकती है, जिन्हें चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करने से छूट है।
- चिकित्सा बिलों के भुगतान के लिए अन्य सभी विकल्प समाप्त हो गए हैं, निम्न सहित, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं; चर्च या निजी धन उगाही, धर्मार्थ कार्यक्रम या अनुदान। वैकल्पिक भुगतान विकल्पों को आगे

बढ़ाने के लिए रोगी या गारंटर की ओर से असहयोग उन्हें वित्तीय सहायता के विचार से अयोग्य घोषित कर सकता है।

- o वित्तीय सहायता की पेशकश नहीं की जा सकती यदि रोगी के पास अपने बिल का भुगतान करने के लिए पर्याप्त गणना योग्य संपत्ति है और उन गणना योग्य संपत्तियों के समापन से रोगी को अधिक कठिनाई नहीं होगी।
- o किसी भी मृत रोगी को **RC-12 मृतक रोगी/गारंटर खाता समाधान नीति** में स्थापित मानदंडों के आधार पर वित्तीय सहायता प्रदान की जाएगी।
- o मुफ्त देखभाल क्लीनिक (अर्थात् Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, आदि) वाले कार्यक्रमों के परिणामस्वरूप, वित्तीय सहायता मुफ्त देखभाल क्लिनिक द्वारा एकत्रित या निर्धारित वित्तीय जानकारी के आधार पर प्रदान की जा सकती है।
- o इस FAP द्वारा वैकल्पिक सेवाएं, जैसे कि कॉस्मेटिक, इनविट्रो/बांझपन, चश्मे, श्रवण यंत्र, शिश्न प्रत्यारोपण, या कुछ गैस्ट्रिक बाय-पास प्रक्रियाओं और *कैथोलिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए नैतिक और धार्मिक* निर्देशों का पालन करने वाले किसी प्रतिबंध तक सीमित नहीं हैं।
- o सह-भुगतान या कटौती योग्य रोगी बैलेंस वाली आय आधारित बीमा योजनाओं को वित्तीय सहायता के योग्य माना जा सकता है।
- o वित्तीय सहायता के लिए पात्रता अवधि एक वर्ष है। PSH को अपने विवेक से भुगतान करने की रोगी की क्षमता के नए आवेदन और मूल्यांकन का अनुरोध करने का अधिकार है।

आवेदन करने की प्रक्रिया:

- वित्तीय सहायता आवेदन PSH वेबसाइट के माध्यम से, किसी भी क्लिनिक स्थान पर व्यक्तिगत रूप से या मेल के माध्यम से ऑनलाइन उपलब्ध होंगे।
- रोगी को आय और परिवार के आकार के मानदंडों को पूरा करने के लिए निम्नलिखित पूर्ण, उपयुक्त सहायक घरेलू दस्तावेज प्रदान किए जाने जरूरी हैं।
  - o हाल ही में दाखिल की गई संघीय आयकर रिटर्न
  - o सबसे हाल ही के चार (4) पेस्टब्स
  - o सबसे हाल ही के चार (4) बैंक स्टेटमेंट्स
  - o सामाजिक सुरक्षा आय निर्धारण
  - o बेरोजगारी आय
  - o पेंशन आय
  - o सम्पदा या दायित्व निपटान से वितरण की पुष्टि (वित्तीय सहायता पर तब तक विचार नहीं किया जाएगा जब तक कि संपत्ति या मुकदमे का अंतिम निपटान नहीं हो जाता)।
  - o चिकित्सा सहायता या स्वास्थ्य बीमा बाज़ार निर्धारण।
  - o नागरिकता का प्रमाण या वैध स्थायी निवास की स्थिति (ग्रीन कार्ड)।
  - o यदि परिवार की कोई आय नहीं है, तो ऐसे व्यक्ति (व्यक्तियों) से पत्र जो जीवन यापन के खर्च में सहायता कर रहे हैं।
  - o वित्तीय सहायता के लिए योग्यता निर्धारित करने के लिए वित्तीय सहायता आवेदन की पर्याप्त समीक्षा करने के लिए PSH द्वारा आवश्यक समझी गई कोई अन्य जानकारी।
- यदि आवेदन के भीतर प्रदान की गई जानकारी उचित निर्धारण करने के लिए अपर्याप्त है तो अतिरिक्त जानकारी प्रदान करने के लिए गारंटर से संपर्क किया जाएगा।

मूल्यांकन पद्धति और प्रक्रिया

- रोगी द्वारा FAP आवेदन जमा करने के बाद, PSH रोगी के विरुद्ध किसी भी ECAs को निलंबित कर देगा, भले ही आवेदन पूरा हो या न हो।

वित्तीय सहायता के लिए अनुमोदन स्तर इस प्रकार हैं:

स्टाफ स्तर:	**वित्तीय आवेदन एसोसिएट्स/वित्तीय काउन्सलर**	**वरिष्ठ एसोसिएट**	**टीम प्रबंधक/प्रबंधक**	**वरिष्ठ निदेशक राजस्व चक्र**	**उपाध्यक्ष राजस्व चक्र संचालन या मुख्य वित्तीय अधिकारी**
राशि:	< $500	<$5,000	<$25,000	<$50,000	>$50,000

- एक बार आवेदन की समीक्षा होने के बाद, निर्धारण को संप्रेषित करने के लिए रोगी या गारंटर को एक टेलीफोन कॉल और पत्र भेजा जाएगा।
- वित्तीय सहायता का निर्धारण करने वाला व्यक्ति तद्नुसार बिलिंग सिस्टम में रोगी के खाते का दस्तावेज़ीकरण करेगा और "समीक्षा के लिए अनुरोध" फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करेगा। खाते को आगे के संचालन के लिए उपयुक्त स्टाफ सदस्य के पास भेजा जाएगा।
- यदि कोई रोगी वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करता है और एक संस्था के रूप में कोबरा लाभों के लिए पात्र है, तो PSH मासिक बीमा प्रीमियम का भुगतान करने का विकल्प चुन सकता है।
- दान अनुमोदन पर, किसी भी क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसी को रिपोर्ट किया गया ऋण 30 दिनों के भीतर वापस ले लिया जाएगा।
- एक बार वित्तीय सहायता समायोजन रोगी के प्राप्य खातों में डाल दिए जाने के बाद, प्राप्त किसी भी पिछले या बाद के भुगतानों को रोगी को वापस कर दिया जाएगा।
- जिन रोगियों के खाते पहले ही संग्रह एजेंसी को भेजे जा चुके हैं, वे अभी भी आवेदन कर सकते हैं और वित्तीय सहायता के लिए स्वीकृत किए जा सकते हैं।
- यदि वित्तीय सहायता स्वीकृत हो जाती है, तो उपयुक्त स्टाफ सदस्य सिस्टम समायोजन में प्रवेश करेगा और मरीजों के मेडिकल रिकॉर्ड नंबर के तहत सभी खुली भेंटों की पहचान और समीक्षा करेगा एवं वित्तीय सहायता छूट लागू करेगा।
  - गैर-भुगतान तथा/अथवा वित्तीय परामर्श से संपर्क करने में विफलता तथा/ अथवा आवेदन जमा करने या पूरी तरह पूर्ण करने में विफलता के कारण ऐसी कार्यवाहियां हो सकती हैं जो **RC-002 रोगी क्रेडिट और संग्रह नीति** में उल्लिखित हैं।
  - PSH प्रतिधारण नीतियों के अनुसार वित्तीय आवेदन तथा/अथवा वित्तीय जानकारी की एक प्रति सात वर्षों के लिए रखी जाती है।
  - उसी कैलेंडर वर्ष के भीतर वित्तीय सहायता के लिए अतिरिक्त अनुरोधों को सहायक दस्तावेज़ीकरण की जरूरत नहीं हो सकती है, जब तक कि फ़ाइल में पहले से मौजूद जानकारी में परिवर्तन न हो।
  - प्रबंधन, परिस्थितियों को कम करने के लिए अपने विवेक का प्रयोग कर सकता है, जैसे, लेकिन इन तक सीमित नहीं: (उदाहरण इस प्रकार हैं):
    - हालांकि रोगी की आय चैरिटी गाइडलाइन से अधिक है; किसी भयावह चिकित्सा घटना के कारण उनका चिकित्सा ऋण वार्षिक आय से अधिक होता है।

- § रोगी को एक मुकदमे से एक समझौता प्राप्त होता है जो खाते की शेष राशि से कम है और अंतर का भुगतान करने के लिए पर्याप्त व्यक्तिगत गणना योग्य परिसंपत्ति/आय नहीं है।
- § रोगी भुगतान करने के लिए पैसे उधार लेने के लिए तैयार है, लेकिन खाते पर देय पूरी राशि के लिए योग्य नहीं है (उधार देने वाली संस्था से सत्यापन अनिवार्य है)।
- § रोगी अन्य संपत्तियों को समाप्त करने के लिए तैयार है जो शेष राशि के हिस्से को कवर करते हैं।
- § रोगी एक वित्तीय आवेदन पूरा नहीं करता है लेकिन निर्णय लेने के लिए पर्याप्त आय/वित्तीय जानकारी प्राप्त हो जाती है।

इस दस्तावेज़ में संदर्भित सभी नीतियां PSH वेब साइट पर समीक्षा के लिए उपलब्ध हैं और अनुरोध पर मुद्रित करने के लिए उपलब्ध हैं।

यह नीति Penn State Health का एक स्वैच्छिक, धर्मार्थ लक्ष्य निर्धारित करती है। तदनुसार, न तो इस नीति और न ही इसके किसी उल्लंघन को अस्पताल की ओर से या किसी रोगी या तीसरे पक्ष के किसी अधिकार के लिए कोई कानूनी दायित्व बनाने के लिए माना जाएगा।

संबंधित नीतियां और संदर्भ

इस नीति के परिशिष्ट में शामिल हैं:

- परिशिष्ट A - वित्तीय सहायता कार्यक्रम द्वारा कवर किए जाने वाले प्रदाता/सेवाएं - St. Joseph Regional Medical Center
- परिशिष्ट B - वित्तीय सहायता कार्यक्रम द्वारा कवर किए जाने वाले प्रदाता/सेवाएं - Holy Spirit Health System
- सामान्य भाषा सारांश और वित्तीय सहायता आवेदन

नोट: आमतौर पर, सभी Penn State Health St. Joseph Medical Center और Holy Spirit Health System परिशिष्ट में उल्लिखित के अतिरिक्त इस वित्तीय सहायता कार्यक्रम का सम्मान करेंगे।

स्वीकृतियां

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

उत्पत्ति और समीक्षा की तिथि

उत्पत्ति की तिथि: 10/1/2020

समीक्षा तिथि(तिथियां): 10/10. 02/16, 6/17, 2/18,10/22,1/23

संशोधित: 10/10; 1/12, 12/14, 02/16 – 10/10 नीति को बदला गया; 6/17, 2/18, 10/18, 11/18, 2/19, 1/20; 3/21 – Holy Spirit Medical Center और St. Joseph Medical Center policies को जोड़ा। Retire SJMC policy #ADM-CRP-008, 11/21, 10/22,1/23

सामग्री समीक्षक और योगदानकर्ता

राजस्व चक्र के वरिष्ठ निदेशक; प्रबंधक रोगी एक्सेस वित्तीय परामर्श

परिशिष्ट A

Penn State Health St. Joseph Medical Center

वित्तीय सहायता कार्यक्रम द्वारा कवर किए जाने वाले प्रदाता/सेवाएं

*__वित्तीय सहायता कार्यक्रम द्वारा कवर नहीं होने वाले प्रदाताओं/सेवाओं को देखें__

- एनेस्थीसिया
- कार्डियोलॉजी कार्डियो थोरैसिक सर्जरी
- क्लीनिकल पैथोलॉजी
- आपातकालीन चिकित्सा
- महिला पेल्विक चिकित्सा
- सामान्य सर्जरी*
- हॉस्पिटलिस्ट
- संक्रामक रोग
- आंतरिक चिकित्सा
- न्यूनैटॉलॉजी
- न्यूरोलॉजी
- न्यूरोलॉजी स्ट्रोक
- न्यूरोसर्जरी
- प्रसूति विज्ञान स्त्री रोग विज्ञान
- कैंसर विज्ञान
- आर्थोपेडिक सर्जरी
- दर्द प्रबंधन
- पीड़ाहर चिकित्सा
- बाल चिकित्सा हॉस्पिटलिस्ट
- फार्मेसी
- प्लास्टिक सर्जरी*
- रेडियोलोजी
- रेजीडेंसी फैकल्टी
- निवासी परिवार प्रथा
- रोबोटिक्स
- स्पोर्ट्स मेडिसिन
- सर्जरी थोरैसिक
- तत्काल देखभाल
- यूरोगाइनेकोलॉजी और मिनिमली इनवेसिव सर्जरी
- वेस्कुलर सर्जरी
- घाव की देखभाल

वित्तीय सहायता कार्यक्रम द्वारा कवर नहीं होने वाले प्रदाता/सेवाएं

- कॉस्मेटिक सर्जरी
- कुछ गैस्ट्रिक बाईपास प्रक्रियाएं
- *कैथोलिक स्वास्थ्य देखभाल सेवा के लिए नैतिक और धार्मिक निर्देशों का पालन* करने वाले कोई प्रतिबंध नहीं हैं।

Penn State Health द्वारा गैर-नियोजित चिकित्सकों के लिए, यह नीति उनके शुल्कों पर लागू नहीं होती है। इन स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं द्वारा बिल किए गए पेशेवर शुल्क के भुगतान की ज़िम्मेदारी रोगी की है और यह इस नीति के तहत छूट या वित्तीय सहायता के योग्य नहीं है। यह नीति केवल Penn State Health St. Joseph Medical Center में प्रदान की जाने वाली आपातकालीन और अन्य आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल के लिए सुविधा शुल्क पर लागू होती है।

परिशिष्ट B

PSH Holy Spirit Health System