



रोगी क्रेडिट एवम् कलेक्शन्स (रकम सङ्ग्रह) नीति (Patient Credit and Collections Policy)	RC-002
Penn State Health को राजस्व चक्र	प्रभावी तारिखः अक्टोबर 1, 2022

क्षेत्र र उद्देश्य कागजात तल उल्लेख गरिएका Penn State Health का निम्न अङ्गहरूका मानिस र प्रक्रियाहरूमा लागूयोग्य हुन्छः

<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health का साझा गरिएका सेवाहरू	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input type="checkbox"/>	चिकित्सा समूह – शैक्षिक अभ्यास विभाग
<input type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input type="checkbox"/>	चिकित्सा समूह - सामुदायिक अभ्यास विभाग
<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		

नीतिसम्बन्धी बयान

बिलिड, कलेक्शन्स (रकम सङ्ग्रह), अनि असुली जस्ता कार्यहरूको परिचालन, रोगी निम्ति सन्तोषजनक, र दक्षतापूर्ण तरिकाले गर्नको लागि स्पष्ट साथै सङ्गतिपूर्ण मार्गदर्शनहरू उपलब्ध गराउनु। पेन स्टेट हेल्थ रेभेन्यु साइकल विभाग (Penn State Health, PSH) Revenue Cycle Department-ले बिलिड स्टेटमेन्ट्स, लिखित संवाद, र फोन कलहरू मार्फत रोगीहरू/ग्यारेन्टी प्रदाताहरूलाई उनीहरूका वित्तीय जिम्मेवारीहरू तथा उपलब्ध वित्तीय सहायतासम्बन्धी विकल्पहरूबारे जानकारी दिनको लागि लगनका साथ प्रयासहरू गर्नेछ साथै अप्राप्त रकमलाई लिएर रोगीहरू/ग्यारेन्टी प्रदाताहरूसित फलो अप पनि गर्नेछ अनि उपचारको यो वित्तीय पक्षको परिचालनमा पारदर्शितालाई सुनिश्चित गर्नेछ। यो नीतिले आन्तरिक रेभेन्यु संहिता (Internal Revenue Code)-को खण्ड 501(r) अनि कन्सोलिडेटेड एप्रोप्रिएशन्स ऐन (Consolidated Appropriations Act), 2021-मा समावेश गरिएको “नो सर्प्राइजेस् ऐन (No Surprises Act)”-का आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।

पञ्जीकरण, बिलिड स्टाफ अनि वित्तीय परामर्शदाताहरूमाथि लागू हुन्छ।

परिभाषाहरू

सामान्यतया बिल गरिने रकम (Amount Generally Billed, AGB)-को परिभाषा: सकल शुल्कहरूमाथि AGB वा परिसीमाको हिसाबकिताब PSH-द्वारा, IRS 501R अन्तर्गत फाइनल रूलको अनुसरण गर्दै, लूकब्याक मेथोडोलजी (ब्याजको हिसाब गर्ने एक तरिका)-को उपयोग गरेर गरिन्छ। निजी स्वास्थ्यबीमाकर्ताहरू अनि मेडिकेयरद्वारा भुक्तान गरिएका सबै दाबीहरूको सरदर भुक्तानीको हिसाब

निकालनको लागि PSH-ले यही मेथोडोलजीको उपयोग गर्नेछ। योग्य ठहर गरिएका व्यक्तिहरूबाट आपतकालीन वा केवल चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक सेवाको लागि सामान्यतया बिल गरिने रकमहरूभन्दा अधिक रकम लिइनेछैन। रोगीहरूले अनुरोध गरेको खण्डमा, PSH-ले AGB-को वर्तमान हिसाबकिताबको एक लिखित प्रतिलिपि निःशुल्क उपलब्ध गराउनेछ। यसलाई कल्याण सेवा (वित्तीय सहायता) छूट सम्झिने भूल गर्नुहुँदैन, जो व्यक्तिहरूको FAP-लाई अनुमोदित गरिएको छ भने, 100%-को दरमा लागू हुन्छ।

एजेन्सी प्लेसमेन्ट (Agency Placement): डुबेको ऋणको रकम सङ्ग्रह निमित्त बाह्य कलेक्शन एजेन्सीहरूको सेवालाई रोकेर राखिन्छ। जब कुनै एकाउन्ट डुबेको ऋणको दर्जामा पुग्छ, तब प्रमुख वा सहायक कलेक्शन एजेन्सीद्वारा नौ महिनाहरूसम्म रकम सङ्ग्रहका असफल गतिविधिहरू नचलाइञ्जेल, त्यो रकमलाई सङ्ग्रह गर्न नसकिने रकम मानिनेछैन।

ब्यालेन्स (सन्तुलित) बिलिङ – सर्पराइज (चकित तुल्याउने) बिलहरू: सङ्घीय विधेयक अन्तर्गत नो सर्पराइजेस् ऐन (No Surprises Act) अधीन, Penn State Health रोगीहरूलाई सर्पराइज बिल प्राप्त गर्नुबाट बचाउनको लागि समर्पित छ, जसलाई रोगीहरूले Penn State Health केन्द्र वा सेवा प्रदाताबाट उनीहरूले प्राप्त गरेको सेवा, उनीहरूको स्वास्थ्य योजना सञ्जालभन्दा बाहिर भएको स्थितिमा प्राप्त गर्ने थिए। जब आउट-अफ-नेटवर्क (स्वास्थ्य बीमा योजनाको अनुबन्धमा नरहेका डक्टर आदि) प्रदाता वा केन्द्रले रोगीहरूलाई आउट-अफ-नेटवर्क प्रदाता वा केन्द्रले दाबी गर्ने पूर्ण रकम अनि उनीहरूको स्वास्थ्य योजना भुक्तानीको लागि सहमत भएको रकम बीचको भिन्नतालाई बिलको रूपमा पठाउँछ, तब त्यसलाई “ब्यालेन्स (सन्तुलित) बिलिङ” भनिन्छ। “सर्पराइज (चकित तुल्याउने) बिलहरू” अनपेक्षित ब्यालेन्स बिलहरू हुन्। नो सर्पराइजेस् ऐन (No Surprises Act)-ले रोगीहरूलाई आउट-अफ-नेटवर्क प्रदाता वा केन्द्रबाट आकस्मिक सेवा प्राप्त गरेको, अथवा इन-नेटवर्क (योजना अन्तर्गतको) अस्पतालमा आउट-अफ-नेटवर्क प्रदाताले उपचार गरेको स्थितिमा, अधिक रकमको बिल प्राप्त गर्नुबाट बचाउँछ। यदि Penn State Health केन्द्र वा सेवा प्रदाता आउट-अफ-नेटवर्क (स्वास्थ्य बीमा योजनाको अनुबन्धमा नरहेका डक्टर आदि) छ भने, Penn State Health-ले स्वास्थ्य बीमा योजनाद्वारा कभर गरिएका आकस्मिक सेवाहरू वा पोस्ट-स्टेबलाइजेशन (रोगीको अवस्था स्थिर भएपछिको उपचार) सेवाहरू निमित्त बिललाई ब्यालेन्स गर्नेछैन।

बिलिङ स्टेटमेन्ट (Billing Statement) वा स्टेटमेन्ट (Statement): प्रदान गरिएका सेवाहरू निमित्त बिल। यो गतिविधिको सार-संक्षेप वा विस्तृत बिल हुन सक्छ, जसमा रोगीको एकाउन्टमा हरेक शुल्कको सूची दिइएको हुन्छ।

सेवा प्रदान गरिएको तारिख (Date of Service, DOS):

- इनपेसेन्ट DOS – रोगीलाई अस्पतालबाट छुट्टी दिइएको तारिख।

- आउटपेसेन्ट/एम्बुलेटोरी DOS – प्रक्रिया गरिएको वा रोगीले चिकित्सीय उपचार प्राप्त गरेको तारिख।

रोग-निदानसित सम्बद्ध सेवाहरू – कुनै बिमारी वा विकारको कारणको पत्तो लगाउनको लागि गरिने सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू। रोग-निदानसित सम्बद्ध चिकित्सीय सेवा अन्तर्गत वर्तमान समस्याको निगरानी, नयाँ लक्षणहरूको जाँच वा जाँचका असाधारण परिणामहरूको फलो अप जस्ता प्रक्रियाहरू अपनाएर रोगीको समस्याको उपचार वा त्यसको निदान गरिन्छ। रोग-निदानसित सम्बद्ध सेवाहरूले स्वास्थ्य सेवा प्रदाताहरूलाई रोगीहरूका बिमारीहरूका प्रचण्डता वा कारणबारे जानकारी उपलब्ध गराउँछन्।

ऐच्छिक सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू – चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक छैनन् भनी PSH मेडिकल स्टाफद्वारा निर्धारित गरिएका सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू।

आपत्कालीन चिकित्सकीय अवस्था – यस्तो चिकित्सकीय अवस्था, जो अत्यधिक प्रचण्डताका उग्र लक्षणहरूद्वारा प्रकट भइरहेका छन् (उदाहरणार्थ, प्रचण्ड पीडा) अनि स्वास्थ्य र औषधिबारे मामुली ज्ञान भएको समझदार व्यक्तिले पनि सहजै यो अनुमान लगाउन सक्छ कि यसको तत्काल उपचार नगरिएको खण्डमा, व्यक्तिको स्वास्थ्य (अथवा, गर्भवती महिलाको मामिलामा, महिला वा उसको गर्भमा रहेको शिशुको स्वास्थ्य) गम्भीर खतराको मुखेञ्जी पुग्न सक्छ, शारीरिक क्रियाकलापहरूसित सम्बद्ध क्षमतामाथि गम्भीर क्षति पुग्न सक्छ, अथवा कुनै शारीरिक अङ्ग वा हिस्सामा गम्भीर खराबी उत्पन्न हुन सक्छ।

आकस्मिक सेवा: आपत्कालीन चिकित्सकीय स्थितिमा रहेको रोगीलाई उपलब्ध गराइने उपचारका अझै अरू परिभाषाहरू निम्न छन्:

- यस्तो चिकित्सकीय अवस्था, जो अत्यधिक प्रचण्डताका उग्र लक्षणहरूद्वारा प्रकट भइरहेका छन् (उदाहरणार्थ, प्रचण्ड पीडा, मानसिक अशान्ति वा बेचैनी, अनि/अथवा लागू पदार्थ सेवन गरेका लक्षणहरू) अनि जसको तत्काल उपचार नगरिएको खण्डमा, निम्नमध्ये कुनै एक परिणाम निस्कने पर्याप्त सम्भावना छ:
 - रोगीको स्वास्थ्य (अथवा, गर्भवती महिलाको मामिलामा, महिला वा उसको गर्भमा रहेको शिशुको स्वास्थ्य) गम्भीर खतराको मुखेञ्जी पुगनु, अथवा
 - शारीरिक क्रियाकलापहरूसित सम्बद्ध क्षमतामाथि गम्भीर क्षति पुगनु, अथवा
 - कुनै शारीरिक अङ्ग वा हिस्सामा गम्भीर खराबी उत्पन्न हुनु।
 - प्रसव पीडाले ग्रस्त महिलाको सम्बन्धमा, प्रसव अगाडि कुनै अर्को अस्पतालमा सुरक्षित तरिकाले स्थानान्तरित गर्ने पर्याप्त समय छैन, अथवा स्थानान्तरणले महिला वा उसको गर्भमा रहेको शिशुको स्वास्थ्य वा सुरक्षामा जोखिम पुऱ्याउने सम्भावना हुन्छ।

ग्यारेन्टी प्रदाता: त्यो व्यक्ति जो रोगीको बिल निम्ति वित्तीय दृष्टिले जिम्मेवार छ। कुनै वयस्क वा बन्धनमुक्त नाबालिगको मामिलामा, सामान्यतया रोगी स्वयम् नै उसको ग्यारेन्टी प्रदाता हुन्छ। 18 वर्षभन्दा कमती उमेरका शिशुहरूलाई सामान्यतया ग्यारेन्टी प्रदाताको रूपमा सूचीबद्ध गरिँदैन। नाबालिग स्वतन्त्र होइन भने, कुनै नाबालिगलाई प्रदान गरिएका सबै सेवाहरूको बिल संरक्षक आमाबुवा वा कानुनी अभिभावकलाई पठाइनेछ।

चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक (Medically Necessary): स्वास्थ्य सेवा-उपचारको अर्थ, कुनै सेवा प्रदाताले, उसको समझदारीपूर्ण क्लिनिकल निर्णयको उपयोग गर्दै, कुनै रोगीलाई रोगको रोकथाम, मूल्याङ्कन, निदान वा उपचार साथै चोटपटक, रोग वा यसका लक्षणहरूको उपचारको उद्देश्यले उपलब्ध गराएको सेवा हो, जो

- सामान्यतया स्वीकृत मेडिकल प्र्याक्टिसका मानकहरू अनुरूप हुन्छन्।
 - यी उद्देश्यहरूको सन्दर्भमा “सामान्यतया स्वीकृत मेडिकल प्र्याक्टिसका मानकहरू (generally accepted standards of medical practice)”-को अर्थ ती मानकहरू हुन्, जो प्रासङ्गिक मेडिकल समुदायद्वारा सामान्यतया मान्यता प्रदान गरिएको मेडिकल लिटरेचर (पत्रिका आदि)-मा प्रकाशित गरिएको विश्वसनीय वैज्ञानिक प्रमाणमाथि आधारित हुन्छन् अनि जसबारे समकक्ष वर्गद्वारा समीक्षा पनि गरिएको हुन्छ अथवा ती मानकहरू, जो क्लिनिकल निर्णयको मामिलासित सम्बद्ध नीति अन्तर्गत स्थापित मानकहरू अनुरूप हुन्छन्।
- प्रकार, बारम्बारता, सीमा, स्थल र अवधिलाई मध्येनजर राखेर हेर्दा, क्लिनिकल दृष्टिले उपयुक्त हुन्छ, अनि रोगीको बिमारी, चोटपटक वा रोगको लागि प्रभावकारी ठहर गरिएको हुन्छ।
- प्रमुख रूपमा रोगी, चिकित्सक वा अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाताको सुविधाको लागि हुँदैन, तथा वैकल्पिक सेवा वा सेवाहरूको क्रमभन्दा अधिक खर्चिलो हुँदैन, यस्ता सेवाहरू जसले रोगीको बिमारी, चोटपटक वा रोगको निदान वा उपचारको दिशामा कमतीमा पनि समान चिकित्सीय वा निदानसम्बन्धी परिणामहरू दिने सम्भावना हुन्छ।
- अनुसन्धानात्मक वा प्रयोगात्मक ठहर गरिएका सेवाहरू, सामग्रीहरू वा प्रक्रियाहरूको निर्धारण हरेक मामिलाको आधारमा गरिन्छ।

कभर नगरिएका अथवा प्रयोगात्मक सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू – ती सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू जसलाई निम्नको रूपमा स्थापित गरिएको छ:

- प्रयोगात्मक/अनुसन्धानात्मक सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू – चिकित्सीय सेवाहरू, प्रक्रियाहरू वा औषधिहरू जसलाई सामान्य उपयोगको लागि अनुमोदित गरिएको छैन तर तिनीहरूका सुरक्षा अनि प्रभावकारिताबारे क्लिनिकल जाँचहरू मार्फत अन्वेषण भइरहेको छ। प्रयोगात्मक अनि अनुसन्धानात्मक सेवाहरू, प्रक्रियाहरू, वा औषधिहरूको उपयोगको उद्देश्य, रोग वा अन्य

अवस्थाहरूको निदान गर्नु हो, अथवा रोगको उन्मूलन, त्यसलाई कम्ती पार्नु, उपचार, वा रोकथाम गर्नु हो।

- उपचारसम्बन्धी प्रोटोकलहरूको विकास प्रयोगात्मक अनि अनुसन्धानात्मक सेवाहरू निम्ति गरिने हुनाले, PSH रेभेन्यु साइकल विभाग (Revenue Cycle Department)-ले चिकित्सीय आवश्यकताहरूबारे वर्णन गर्नको लागि भुक्तानकर्ता समुदायसित मिलेर कार्य गर्नेछ।
- कभर नगरिएका सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू – ती चिकित्सीय सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू जसलाई रोगीको बीमा योजनाद्वारा कभर गरिएको हुँदैन।

रोगीको जिम्मेवारी: बाँकी रहेको कुनै पनि रकम जहाँ वित्तीय दृष्टिले जिम्मेवार पक्ष रोगी वा रोगीको ग्यारेन्टी प्रदाता (तेस्रो पक्ष भुक्तानकर्ता होइन) हुन्छ।

- उपचारलाई विलम्बित गर्नु – उपलब्ध गराइएको उपचार निम्ति रोगीको जिम्मेवारीलाई स्थापित गर्ने यथोचित प्रयासहरूलाई बारम्बार अस्वीकार गर्ने रोगीहरूको लागि PSH-ले गैर-आपत्कालीन सेवाहरू वा प्रक्रियाहरूलाई विलम्बित गर्न सक्छ, तर यसमा EMTALA नीति अन्तर्गत उपलब्ध गराइएको सेवालाई सामेल गरिँदैन।

प्राथमिक वा विशेषज्ञ उपचारसम्बन्धी सेवाहरू – गैर-आपत्कालीन अथवा गैर-तत्काल चिकित्सीय सेवा वा स्थिति स्थिर भएपछि थप सेवा वा आपत्कालीन चिकित्सीय अवस्थाको लागि अस्पताल आएका रोगीहरूलाई उपलब्ध गराइएका सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू। पूर्व निश्चित प्राथमिक वा विशेषज्ञ सेवाहरू पहिलेबाटै समय मिलाइएका वा त प्राथमिक उपचारसम्बन्धी सेवाहरू हुन् वा चिकित्सीय प्रक्रियाहरू।

तत्काल उपचार: Medicare र Medicaid सेवा केन्द्रहरू (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)-को निर्धारणअनुसार, ज्यान/अङ्गप्रति जोखिम नपुऱ्याउने वा स्थायी क्षति पुऱ्याउने सम्भावना नभएको, तर तत्काल सेवा एवम् उपचार आवश्यक भएको चिकित्सकीय अवस्था लिएर आएको रोगीलाई 12 घण्टाहरूभित्र सेवा उपलब्ध गराइनु पर्छ, जसमा निम्न स्थितिहरू उत्पन्न नहोस्:

- रोगीको स्वास्थ्यमाथि गम्भीर जोखिम पुऱ्याउनु वा गम्भीर क्षति वा खराबी उत्पन्न गराउनु; अथवा
- यो कागजातमा परिभाषित गरिएसरह, यस्तो बिमारी वा चोटपटकको स्थिति उत्पन्न हुनु जसको लागि आपत्कालीन सेवाहरू आवश्यक ठहर्छ।

नीति अनि प्रक्रियासम्बन्धी बयानहरू

PSH-ले नसल, प्राथमिक भाषा, लिङ्ग, उमेर, धर्म, शिक्षा, रोजगार, विद्यार्थी दर्जा, मनोवृत्ति, सम्बन्ध, बीमा कभरेज, समुदायमा स्थिति, वा अन्य कुनै पक्षपातपूर्ण र छुट्ट्याउने कारकको आधारमा कुनै प्रकारको भेदभाव नगरी रोगी एकाउन्टहरूसित सम्बद्ध भुक्तान प्राप्त गर्ने कार्यलाई जारी राख्नेछ।

हरेक रोगी/ग्यारेन्टी प्रदातालाई उसको वित्तीय जिम्मेवारीबारे राम्ररी अवगत गराउन यथोचित समय अनि सर-सञ्चार उपलब्ध गराइनेछ। गैर-आपात्कालीन परिस्थितिहरूमा, PSH-ले रोगीहरू/ग्यारेन्टी प्रदाताहरूलाई उनीहरूलाई उपलब्ध गराइएको सेवा निम्ति उनीहरूको वित्तीय जिम्मेवारीबारे अगावै सूचित गर्ने प्रयास गर्नेछ। PSH-ले कुनै ऐच्छिक सेवा उपलब्ध गराउनभन्दा पहिले, वित्तीय जिम्मेवारीलाई उठाउन नसक्ने वा यस्तो गर्नको लागि अनिच्छुक रोगीको मामिलामा, गैर-आपात्कालीन सेवा (जस्तो कि PSH मेडिकल स्टाफद्वारा निर्धारित गरिएको छ)-लाई स्थगित वा खारिज गर्न सक्छ। रोगीहरूलाई **वित्तीय सहायतासम्बन्धी नीतिहरू – PFS-051/PFS-053** अन्तर्गत वित्तीय सहायताको लागि आवेदन गर्ने अवसर उपलब्ध गराइनेछ।

कुनै अपवाद विना अटुट वित्तीय लेनदेन सुनिश्चित गर्नको लागि सर-सहयोग गर्ने साथै सबै आवश्यक प्रक्रियाहरूलाई पूरा गर्ने व्यक्तिलाई वित्तीय दृष्टिले अड्चन नभएको भनी परिभाषित गरिन्छ, यसमा निम्न सामेल छन्, तर यी यतिसम्म मात्रै सीमित छैनन्:

- बीमाको प्रमाण
- सही जनसाङ्ख्यिक जानकारी
- लागू हुने यस्ता सबै खर्चहरूको भुक्तान, जो आफ्नो गोजीबाट दिनुपर्ने हुन्छ (जस्तै को-पे, कोइन्स्युरेन्स, डिडिक्टबल्स, अनि कभर नगरिएका शुल्कहरू)।
- तेस्रो पक्ष सुविधाहरू वा वित्तीय सहायता प्राप्त गर्ने उद्देश्यले PSH वित्तीय परामर्शदाताहरूसित मिलेर कार्य गर्नु।
- PSH-का पहिलेका स्वास्थ्य उपचार सेवाहरू निम्ति रोगीले तिर्नुपर्ने बाँकी रहेका रकमहरूको भुक्तानी।

वित्तीय क्लियरेन्स निम्ति PSH-लाई आवश्यक जानकारी उपलब्ध गराउनमा असफलताको परिणामस्वरूप, बाँकी रहेका रकमको असुलीको लागि व्यक्तिको एकाउन्टलाई बाह्य कलेक्शन एजेन्सीसमक्ष पठाउन सकिन्छ।

बीमा बिलिड:

रोगीको चिकित्सकीय बीमा कभरेज अन्तर्गत रोगी, बीमा प्रदाता अनि/अथवा रोगीको रोजगारदाता बीच एक अनुबन्ध गरिएको हुन्छ। Penn State Health यो अनुबन्धको हिस्सा होइन। लागू हुने स्थितिमा, PSH-ले नो सर्प्राइजेस् ऐन (No Surprises Act)-को पालना गर्नेछ।

रोगीहरू निम्न कुरोहरूको लागि जिम्मेवार छन्:

- यो जान्नु कि अफिस भिजिटहरूको लागि रेफरल आवश्यक छ वा छैन।
- सिफारिस गरिएको जाँचलाई उनीहरूको मेडिकल कभरेज पॉलिसि अन्तर्गत कभर गरिनेछ वा छैन, सो जान्नको लागि उनीहरूको बीमा प्रदातासित सोधपुछ गर्नु।

- सुविधाहरूको शिड्युल (तालिका)-को निर्धारण गर्न अनि को-पेमेन्ट वा डिडक्टिबल लागू हुन्छ कि हुँदैन भनी जान्न, बीमा प्रदातासित सम्पर्क गर्नु।
- नो सर्प्राइजेस् (No Surprises) बिलिङ नोटिस र सहमति फारामलाई प्राप्त गर्नु अनि/अथवा त्यसमा हस्ताक्षर गर्नु।
- उपयुक्त कागजातहरूका साथ एपोएन्टमेन्टहरूमा उपस्थित हुनु।
- प्रतिकूल निर्धारणहरू विरुद्ध आवेदन गर्नको लागि हाम्रो बिजिनेस अफिससित मिलेर काम गर्नु।

रोगीको दाबीलाई ऊसित उपलब्ध बीमा वा तेस्रो पक्ष भुक्तानकर्ता (रोगी/ग्यारेन्टी प्रदाताद्वारा उपलब्ध गराइएको वा पुष्टि गरिएको अथवा अन्य स्रोतहरूद्वारा उपयुक्त ढङ्गमा पुष्टि गरिएको जानकारीमाथि आधारित) मार्फत समयोचित ढङ्गमा प्रोसेस गर्न अर्थात् अगाडि बढाउनको लागि उपचारका प्रावधानहरूको अनुसरण गर्दै, हरेक यथोचित प्रयास गरिनेछ।

- यदि PSH-को कुनै त्रुटिको कारण भुक्तानकर्ताद्वारा वैध दाबीलाई पनि अस्वीकार गरिन्छ (वा प्रोसेस गरिँदैन) भने, PSH-ले रोगीलाई त्यो रकमभन्दा अधिकको बिल पठाउनेछैन, जुन रकम रोगीले भुक्तानकर्ताद्वारा दाबीको भुक्तान गरिएको स्थितिमा तिर्नुपर्थ्यो।
- यदि PSH-को नियन्त्रण बाहिरको कुनै कारणले गर्दा भुक्तानकर्ताद्वारा वैध दाबीलाई पनि अस्वीकार गरिन्छ (वा प्रोसेस गरिँदैन) भने स्टाफले, उपयुक्त ठहरिए, यो दाबीको समाधान निकाल्नको लागि भुक्तानकर्ता अनि रोगीसित फलो अप अर्थात् कुराकानी गर्नेछ।
- यदि फलो-अपका यथोचित प्रयासहरू पश्चात् पनि समाधान निस्किएन भने, PSH-ले रोगीलाई बिल पठाउन सक्छ अथवा भुक्तानकर्तासितका अनुबन्धहरू अनुरूप अन्य कार्यवाहीहरू गर्न सक्छ।

पेसेन्ट बिलिङ अर्थात् रोगीलाई बिल पठाउनु:

भुक्तानकर्ताद्वारा बीमासम्बन्धी दाबीको छिनाफाना भइसकेपछि बाँकी रहेको कुनै पनि रकमको बिल रोगी (वा ग्यारेन्टी प्रदाता)-समक्ष पठाइनेछ, जो सुविधाहरूको व्याख्यामाथि आधारित हुनेछ।

तेस्रो-पक्ष वा बीमा भुक्तानकर्ताको अनुपस्थितिको स्थितिमा, रोगीहरूलाई सोझै बिल पठाइनेछ। यस्ता रोगीहरूलाई स्वयम् भुक्तान गर्ने रोगीहरू मानिनेछ। PSH ले बीमा नभएका तथा वित्तीय सहायता कार्यक्रम (FAP) को लागि योग्य वा गैर- FAP योग्य व्यक्तिहरूबाट आकस्मिक वा अन्य चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक हेरविचारको लागि सामान्यतया बिल रकम (amounts generally billed, AGB) भन्दा बढी शुल्क लिने छैन।

स्वयम् भुक्तान गर्ने रोगीहरूलाई PSH-को वित्तीय सहायता नीतिबारे जानकारी उपलब्ध गराइनेछ।

हेर्नुहोस् वित्तीय सहायता नीतिहरू - PFS-051/PFS-053

- PSH-द्वारा उपलब्ध गराइएको सेवा निम्ति भुक्तान गर्नको लागि सबै ग्यारेन्टी प्रदाताहरू/रोगीहरूले हरेक यथोचित एवम् इमानदारीपूर्ण प्रयासहरू गर्नेछन् भनी PSH अपेक्षा राख्छ।
- यसको अतिरिक्त, PSH-लाई पूर्ण एवम् सही जनसाङ्ख्यिक जानकारी दिने जिम्मेवारी ग्यारेन्टी प्रदाता/रोगीको हो। यसो गर्नमा असफलताको फलस्वरूप, रकम सङ्ग्रहका असाधारण कार्यवाहीहरूको उपयोग गर्न सकिन्छ।

रोगीका अपेक्षाहरूसित सम्बद्ध मार्गनिर्देशहरूको रूपरेखा तल प्रस्तुत गरिएको छ।

शिड्युल गरिएको अर्थात् पूर्व निश्चित स्वास्थ्य उपचार सेवाहरूको लागि रोगीको वित्तीय जिम्मेवारी:

- यदि शिड्युल गरिने समय वा पञ्जीकरणको बेलामा रोगीको स्वास्थ्य बीमा छैन वा उपलब्ध सुविधाहरू सीमित छन् भनी निर्धारित गरिन्छ भने, त्यस स्थितिमा एकाउन्टहरूलाई वित्तीय परामर्शदातासमक्ष रेफर गरिनेछ।
 - अनुरोध गरिएको खण्डमा, वित्तीय निर्देशकहरूले सबै रोगीहरूसमक्ष लाग्ने खर्चहरूको अनुमान प्रस्तुत गर्नेछन्।
 - यदि रोगीको जिम्मेवारी अन्तर्गत आउने अनुमानित रकमको भुक्तान गर्नमा ऊ असमर्थ छ भनी रोगीले सङ्केत दिन्छ भने, त्यस स्थितिमा वित्तीय परामर्शदाताले रोगी/ग्यारेन्टी प्रदाताको पहिलेबाटै जाँच गर्न सक्छ जसमा यो जान्न सकियोस् कि त्यो व्यक्ति सरकारी कार्यक्रमहरू वा वित्तीय सहायताको लागि योग्य ठहरिन सक्छ वा सक्दैन।
 - सरकारी कार्यक्रमहरू वा वित्तीय सहायताको लागि योग्य ठहरिन सक्छ भनी निर्धारित गरिएका व्यक्तिहरूलाई आवेदन गर्ने तरिकासम्बन्धी विकल्पहरू दिइनेछन्।
 - आवेदनमा अनुरोध गरिएको आवश्यक वित्तीय जानकारी PSH -समक्ष उपलब्ध गराउने जिम्मेवारी त्यही व्यक्ति अर्थात् आवेदनकर्ताको हो।
 - PSH-लाई वित्तीय सहायताको लागि अनुरोध गरिरहेका सबै रोगीहरूले भुक्तान गर्नमा उनीहरूको असमर्थतालाई स्थापित गर्ने सबै आवश्यक जानकारीहरू उपलब्ध गराउनु जरूरी छ।
 - ती रोगीहरूको लागि चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक नठहरिएका सेवाहरूलाई स्थगित राख्न वा खारिज गर्न सकिन्छ जसले सर-सहयोग गरिरहेका छैनन् वा जो उनीहरू भुक्तान गर्नमा समर्थ छन् वा उनीहरूलाई वित्तीय सहायताको खाँचो छ भनी स्थापित गर्नको लागि आवश्यक ठहरिएको जानकारी उपलब्ध गराएर PSH-लाई मद्दत गर्नमा असमर्थ छन्।
 - चिकित्सकीय आवश्यकताको निर्धारण PSH प्रदाता अनि मेडिकल स्टाफले गर्नेछन्। चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यकको परिभाषा जान्नको लागि, कृपया यो कागजातको परिभाषाहरूको खण्डमा हेर्नुहोस्।

- वित्तीय परामर्शदाताहरूले सेवा प्रदाताहरूसित सम्पर्क गर्नेछन् अनि रोगीको चिकित्सकीय अवस्था अनि तत्काल ध्यान दिनुपर्ने खाँचोसित सम्बद्ध थप जनकारी माग्नेछन्। चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक नठहरिएका सेवाहरूलाई मात्रै स्थगित राखिनेछ वा खारिज गरिनेछ, जसको निर्धारण PSH मेडिकल स्टाफद्वारा गरिनेछ, वित्तीय जोखिम प्रक्रिया (Financial Risk Procedure) हेर्नुहोस्।
 - एकातिर PSH-ले चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक सेवाहरू उपलब्ध गराउन जारी राख्नेछ अनि अर्कोतिर वित्तीय जिम्मेवारीहरूलाई पूरा गर्ने उद्देश्यले वित्तीय परामर्शदाताहरूले रोगीसित मिलेर प्रोएक्टिभलि अर्थात् प्र-सक्रियताका साथ कार्य गर्नेछन्।
 - यदि कुनै व्यक्तिले सरकारी कार्यक्रमहरू वा वित्तीय सहायता निम्ति योग्य ठहरिनको लागि आवश्यक मापदण्डहरूलाई पूरा गर्दैन भने, उसको लागि मासिक भुक्तानी योजना उपलब्ध छ।
 - आवश्यक जानकारी उपलब्ध गराउन वा मासिक भुक्तानी योजना लागू गराउनमा असफलताको परिणामस्वरूप, बाँकी रहेको रकमको असुली निम्ति व्यक्तिको एकाउन्टलाई बाह्य कलेक्शन (रकम सङ्ग्रह गर्ने) एजेन्सीसमक्ष पठाउन सकिन्छ।
 - विदेशी ठेगाना भएका रोगीहरू - नन-एक्यूट फेसिलिटि अर्थात् दीर्घकालीन उपचार प्रदान गर्ने केन्द्रमा रहेका साथै विदेशी बीमा भएका सबै रोगीहरूबाट सेवाको अवधिमा नै बाँकी रहेका रकमहरूको सङ्ग्रह गर्ने नीति, Penn State Health-को रहेको छ, यसबाहेक, एक्यूट फेसिलिटिहरू अर्थात् छोटो अवधिको उपचार प्रदान गर्ने केन्द्रहरूमा रोगीहरूको सेवामा संलग्न सबै सहयोगीहरूबाट यो अपेक्षा राखिन्छ कि उनीहरूले सबै प्रासङ्गिक जानकारीको सङ्ग्रह गर्नेछन्, जसमा प्रदान गरिएका सबै सेवाहरू निम्ति रोगीलाई बिल पठाउन सकियोस्।

सेवाहरूको प्रावधानको अनुसरण गर्दै, ग्यारेन्टी प्रदाताको तिर्न बाँकी रहेको रकम तथा स्वयम्-भुक्तानी अन्तर्गत तिर्न बाँकी रहेको रकमको बिल ग्यारेन्टी प्रदातालाई पठाइनेछ। यो बिलिङ स्टेटमेन्ट प्रक्रियाको लागि मार्गनिर्देशहरू तल दिइएका छन्।

बिलिङ स्टेटमेन्टहरू

- अस्पताल अनि/अथवा चिकित्सकका सेवाहरूको स्टेटमेन्ट (विवरण), निम्नतम चार बढ्दो तीस दिवसीय बिलिङ साइकलहरूमा रोगी/ग्यारेन्टी प्रदातालाई पठाइन्छ।
- सबै रोगीहरू/ग्यारेन्टी प्रदाताहरूले, कुनै पनि समयमा, उनीहरूका एकाउन्टहरूको सम्बन्धमा सेवाहरूको उल्लेखसहितको विवरणको लागि अनुरोध गर्न सक्छन्।

- यदि कुनै रोगीले उसको एकाउन्टलाई लिएर असहमति जनाउँछ अनि उसले बिलको सम्बन्धमा प्रामाणिक कागजातहरूको लागि अनुरोध गरेको छ भने, स्टाफले समयोचित ढङ्गमा रोगी/ग्यारेन्टी प्रदाताको अनुरोधलाई लिएर कार्यवाही गर्नेछन् तथा सङ्ग्रहको लागि त्यो एकाउन्टलाई रेफर गर्न अगाडि कम्तीमा पनि 30 दिनहरूसम्म एकाउन्टलाई रोकेर राख्नेछन्।
- सङ्ग्रहहरूको कार्यलाई अगाडि बढाउन वा वित्तीय सहायताको अवसरलाई पछ्याउनको लागि रेभेन्यु साइकलका प्रतिनिधिहरू वा अनुबन्धित भेण्डरहरूले, स्टेटमेन्ट बिलिड साइकलको अवधिमा, रोगी/ग्यारेन्टी प्रदातासित सम्पर्क (टेलिफोन, मेल, सङ्ग्रह पत्र, वा ईमेल मार्फत) गर्ने कोसिस गर्नेछन्। बिलिड प्रणाली अन्तर्गत, रकम सङ्ग्रहका प्रयासहरूको विवरणलाई रोगीको एकाउन्टमा उल्लेख गरिन्छ। तिर्नु पर्ने बाँकी रकमको सम्बन्धमा ग्यारेन्टी प्रदाता/रोगीसित सम्पर्क गर्ने हरेक यथोचित प्रयास गरिनेछ।
- अन्तिम बिलिड स्टेटमेन्टको सन्देशले यो सङ्केत दिन्छ कि पत्र पठाइएको मितिका 30 दिनहरूभित्र रकमको भुक्तानी गरिएन भने, त्यो एकाउन्टलाई बाह्य कलेक्शन एजेन्सीसमक्ष रेफर गर्न सकिन्छ।
- PSH-को निर्धारणअनुसार, वित्तीय सहायताको लागि PSH रोगी वित्तीय सेवाहरू (Patient Financial Services)/भेण्डरहरूसित सक्रियताका साथ संलग्न रहेका रोगीहरू वा ग्यारेन्टी प्रदाताहरूका एकाउन्टहरूलाई कलेक्शन एजेन्सीसमक्ष पठाइने छैन।
- PSH रोगी वित्तीय सेवाहरू (Patient Financial Services)/भेण्डरहरू अनि वित्तीय सहायता आवेदन प्रक्रियासित सक्रियताका साथ संलग्न रहेको बेलामा रोगीहरू/ग्यारेन्टी प्रदाताहरूलाई बिलिड स्टेटमेन्टहरू पठाउन जारी राखिनेछ।
- PSH-ले बिलिड एवम् कलेक्शन (रकम सङ्ग्रह)-सित सम्बद्ध 501(r)-मा उल्लेख गरिएका आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।
- PSH-ले नो सर्प्राइजेस् ऐन (No Surprises Act)-का आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।

PSH-मा उपलब्ध गराइएका सेवाहरूको लागि भुक्तान गर्नलाई इमानदारीका साथ यथोचित प्रयासहरू गर्ने दायित्व रोगी/ग्यारेन्टी प्रदाताको हो। सरकारी सहायताको लागि आवेदन गर्न नचाहने रोगीहरू वित्तीय सहायता निमित्त योग्य ठहर हुन सक्दैनन्, अथवा आम्दानीसम्बन्धी आवश्यकताहरूको स्तरभन्दा माथि रहेका तर सेवाहरूको लागि भुक्तान गर्नमा सहायता चाहिएकाहरूले भुक्तान योजनाको निमित्त अनुरोध गर्न सक्छन्। भुक्तान योजनालाई स्थापित गर्नको लागि मार्गदर्शनहरू तल दिइएका छन्।

भुक्तान योजनाहरू

- यदि रोगी/ग्यारेन्टी प्रदाता उसको बिलको पूर्ण रूपमा भुक्तान गर्नमा असमर्थ छ साथै वित्तीय सहायताको लागि पनि ऊ योग्य छैन भने, PSH-ले भुक्तान योजनाको व्यवस्था मिलाउन सक्छ।

- भुक्तान योजना तिर्न बाँकी रहेको रकम अनि त्यसलाई तिर्नको लागि प्रदान गरिएको यथोचित समयसीमामाथि आधारित हुन्छ र यो समयको निर्धारण PSH नेतृत्वद्वारा गरिन्छ (6-24 महिनाहरू), हेर्नुहोस् भुक्तान योजनासम्बन्धी मार्गनिर्देशहरू।
- PSH-सित औपचारिक भुक्तान योजनाको व्यवस्था नमिलाउने व्यक्तिहरूबाट रकम सङ्ग्रह गर्नको लागि बाह्य कलेक्शन (रकम सङ्ग्रह) एजेन्सीको सहायता लिन सकिन्छ।
- व्यक्तिहरूबाट हरेक महिना ठीक समयमा भुक्तानीको अपेक्षा गरिन्छ।
- स्टेटमेन्ट जारी गरिएका 30 दिनहरूभित्र रोगी/ग्यारेन्टी प्रदाताले मासिक भुक्तानी निम्ति सहमति भएको रकम नतिरेको खण्डमा, उसको एकाउन्टलाई कर्तव्यच्युत (delinquent)-को श्रेणीमा राखिन्छ। कर्तव्यच्युतको श्रेणीमा राखिएका यस्ता एकाउन्टहरूबाट रकम सङ्ग्रह गर्नको लागि बाह्य कलेक्शन (रकम सङ्ग्रह) एजेन्सीको सहायता लिन सकिन्छ।

यदि कुनै रोगी/ग्यारेन्टी प्रदातालाई भुक्तान गर्न नसक्ने आशङ्का छ वा घरपरिवारको आम्दानीमा परिवर्तन भएको छ भने, त्यो व्यक्तिले वित्तीय सहायताको लागि आवेदन गर्न सक्छ; हेर्नुहोस् **वित्तीय सहायतासम्बन्धी नीतिहरू - PFS-051/PFS-053**.

- बाँकी रहेको रकम तिर्नको लागि रोगी वा ग्यारेन्टी प्रदाताको तर्फबाट यथोचित प्रयासहरूको अभाव रहेको देखिएको खण्डमा, त्यो रकमको असुली निम्ति PSH-ले थप प्रयास गर्न सक्छ। यसमा वित्तीय सहायता प्रक्रिया अथवा माथि वर्णन गरिएको भुक्तान योजनालाई पूरा गर्नको लागि आवश्यक जानकारी उपलब्ध नगराउनु सामेल छ, तर यो यतिसम्म मात्रै सीमित छैन। रकम सङ्ग्रहका असाधारण कार्यवाहीहरूसम्बन्धी प्रक्रियासित सम्बद्ध मार्गनिर्देशनहरूको उल्लेख तल गरिएको छ।

रकम सङ्ग्रहका असाधारण कार्यवाहीहरू (Extraordinary Collection Actions)

- **रकम सङ्ग्रहका बाह्य एजेन्सीहरू (External Collection Agencies)** – रोगी वित्तीय सहायताको लागि योग्य ठहर हुन्छ वा हुँदैन भन्ने कुरोको निर्धारण निम्ति यथोचित प्रयासहरू नगरी रकम सङ्ग्रहको लागि एकाउन्टहरूलाई बाह्य एजेन्सीसमक्ष नपठाउने साथै रकम सङ्ग्रह गर्नको लागि असाधारण कार्यवाहीहरूमा संलग्न नहुने दायित्व PSH रेभेन्यु साइकल विभाग (Revenue Cycle Department)-को हो।
 - 120/240 दिनको नियम – 120 दिनको अवधि जब अस्पताल फेसिलिटिले व्यक्तिलाई FAP-बारे सूचित गर्नु आवश्यक ठहर्छ अनि 240 दिनको अवधि जब अस्पताल फेसिलिटिले व्यक्तिद्वारा बुझाइएको आवेदनलाई प्रोसेस गर्नु अर्थात् अगाडि बढाउनु आवश्यक ठहर्छ। PSH-ले, अधिसूचना अवधि चलिरहेको समयमा, प्रथम बिलिड स्टेटमेन्टको तारिखपछिका निम्नतम 120 दिनहरू समाप्त भएपछि सूचनाहरू उपलब्ध गराउनेछ। अस्पताल फेसिलिटिले रकम सङ्ग्रह गर्नको लागि असाधारण कार्यवाहीहरू (extraordinary collection actions, ECAs)-लाई त्यो व्यक्ति विरुद्ध सुरु नगर्न पनि

सकछ, जसको FAP-सम्बन्धी योग्यतालाई अस्पतालबाट छुट्टी दिइएपछिको प्रथम स्टेटमेन्ट (first post discharge statement)-का 120 दिनहरू अगाडिको अवधिमा निर्धारित गरिएको हुँदैन।

- रकम सङ्ग्रह गर्ने एजेन्सीसमक्ष पठाउँदा एकाउन्टहरूलाई एडजस्ट (समायोजन) गरिनेछ।
 - आवेदन पूर्ण होस् वा नहोस्, रोगीले एकपल्ट FAP आवेदन बुझाइसकेपछि PSH-ले रोगी विरुद्ध कुनै पनि ECA-हरूलाई स्थगित गर्नेछ।
 - रोगी/ऋणीसित कुनै स्थापित भुक्तान सम्झौता नभएका एकाउन्टहरूलाई एजेन्सीद्वारा, त्यो एजेन्सीसित प्लेसमेन्टको तारिखपछिका 730 दिनहरू (दुइ वर्षहरू)-को अवधि भित्र PSH-लाई फिर्ता पठाइनेछ।
 - PSH-ले 501(r) अन्तर्गत बिलिड र कलेक्शन (रकम सङ्ग्रह)-सित सम्बद्ध आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।
- **ऋणको विवरण पठाउनु (Credit Reporting)** – बाहिरका कलेक्शन (रकम सङ्ग्रह) एजेन्सीहरूले एकाउन्टहरूबारे बाह्य क्रेडिट रिपोर्टिङ एजेन्सीहरूसमक्ष रिपोर्ट गर्न सकछन्। PSH तथा बाहिरका कलेक्शन (रकम सङ्ग्रह) एजेन्सीहरूले रकम सङ्ग्रहका सबै गतिविधिहरूको परिचालनमा न्यायोचित ऋण सङ्ग्रह पद्धति ऐन (Fair Debt Collection Practices Act) अनि सङ्घीय व्यापार आयोग टेलिफोन उपभोक्ता संरक्षण ऐन (Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act), तथा 501(r) नियामकहरूको पालना गर्नेछन्।
 - **ग्यारेन्टी प्रदाताको गलत ठेगाना (Bad Guarantor Address, BGA)** – PSH-ले युनाइटेड स्टेट्स हुलाक कार्यालय (United States Post Office, USPS)-द्वारा डेलिभर गर्न अर्थात् प्रापकसमक्ष पुऱ्याउन नसकिएका रोगीका सबै स्टेटमेन्टहरूको सम्बन्धमा कार्यवाही गर्ने यथोचित प्रयासहरू गर्नेछ। भर्खरैको जनसाङ्ख्यिक जानकारीअनुसार BGA ठहर भएका सबै एकाउन्टहरूलाई प्लेसमेन्टभन्दा अधिका कम्तीभन्दा कम्ती 120 दिनहरूको लागि अतिरिक्त फलो अप निम्ति कुनै बाह्य एजेन्सीसमक्ष डुबेको ऋणको रूपमा रेफर गर्न सकिन्छ, यद्यपि अधिसूचनाका सबै आवश्यकताहरू पूरा नभइञ्जेल यी एकाउन्टहरू विरुद्ध रकम सङ्ग्रहका असाधारण कार्यवाहीलाई कार्यान्वित गरिने छैन। यो नीतिको उद्देश्य, 501(r)-का नियामकहरूको पूर्ण रूपले पालन गर्नु हो।
 - **एटर्नी प्लेसमेन्ट (Attorney Placement)** – तिर्नुपर्ने बाँकी रकमको सीमा अनि भुक्तान गर्ने क्षमता, अनि/अथवा ग्यारेन्टी प्रदाता वा तेस्रो पक्ष भुक्तानकर्ताद्वारा भुक्तान नगरिने प्रवृत्तिलाई आधार बनाउँदै, कतिपय मामिलाहरूमा रोगीले तिर्नुपर्ने रकमको सङ्ग्रह गर्नको लागि PSH-ले कानुनी कार्यवाहीलाई अगाडि बढाउन सकछ।
 - कानुनी कार्यवाही निम्ति पहिचान गरिएका एकाउन्टहरूलाई रकम सङ्ग्रह एजेन्सीको जिम्मामा दिइएको डुबेको ऋणसित सम्बद्ध एकाउन्टहरूभन्दा अलग्गै पहिचान गरिनुपर्छ।
 - PSH-ले कानुनी कार्यवाही निम्ति सिफारिस गरिएका सबै रोगीहरूलाई लिखित सूचना पठाउनेछ।

- कानुनी प्रक्रिया निम्ति सिफारिस गरिएका सबै एकाउन्टहरूको 30 दिनहरूभित्र समीक्षा एवम् मूल्याङ्कन गरिनेछ। मूल्याङ्कनको अवधिमा, एकाउन्ट सक्रिय A/R दर्जामा रहनेछ। एकपल्ट यसलाई कानुनी एजेन्सीको लागि अनुमोदन गरिएपछि, त्यो एकाउन्टलाई डुबेको ऋणको रूपमा वर्गीकृत गरिनेछ।
 - यदि फेसला/ग्रहणाधिकार (lien) अदालतको सूचना प्राप्त भएको छ भने, जस्तो कि सूचनामा पहिचान गरिएको छ, त्यहीअनुसार एकाउन्टहरूमा उपयुक्त एडजस्टमेन्ट (समायोजन) गरिनेछ, एकाउन्टको विवरण तयार पारिनेछ, अनि सूचनालाई दर्ता गरिनेछ।
 - आवेदन पूर्ण होस् वा नहोस्, रोगीले एकपल्ट FAP आवेदन बुझाइसकेपछि PSH-ले रोगी विरुद्ध कुनैपनि ECA-हरूलाई स्थगित गर्नेछ।
 - PSH-ले 501(r) अन्तर्गत बिलिड र कलेक्शन (रकम सङ्ग्रह)-सित सम्बद्ध आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।
- **चिकित्सक/रोगी सम्बन्धको समाप्ति** – यदि रोगी उपचारको लागि भुक्तान गर्ने उसको कर्तव्यबाट चुकेको छ भने, PSH-ले चिकित्सक/रोगी सम्बन्धलाई समाप्त गर्न सक्छ। **चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक वा आपत्कालीन उपचार प्राप्त गरिरहेका रोगीहरूको सेवालार्इ खारिज गरिँदैन।** रोगीको उपचारलाई समाप्त गर्नको लागि चिकित्सकीय निर्देशक, प्रबन्धक अनि चिकित्सक सहमत हुनु अनिवार्य छ साथै उनीहरू समाप्तिको तहलाई लिएर पनि सहमत हुनुपर्छ।
 - उपचारको लागि भुक्तान गर्ने कर्तव्यबाट चुकेको भन्नाले निम्न कुराहरू बुझिन्छ, तर यो यतिसम्म मात्रै सीमित छैन:
 - भुक्तान गर्ने क्षमता हुँदाहुँदै पनि भुक्तान नगर्नु अथवा बिलहरूको तिर्नुपर्ने बाँकी रकम धेरै हुनु। रोगीहरूलाई वित्तीय सहायता प्राप्त गर्नमा मद्दत पुऱ्याउन अथवा सम्भव भएको खण्डमा, यथोचित भुक्तान योजनाहरू स्थापित गर्नमा सहायता गर्नको लागि प्रयासहरू गरिनुपर्छ, हेर्नुहोस् **वित्तीय सहायता नीतिहरू - PFS-051/PFS-053**
 - सहायता प्राप्त गर्नको लागि, लागू हुने तेस्रो पक्ष भुक्तान कार्यक्रमहरूमा दर्ता निम्ति रेभेन्यु साइकल स्टाफसित सर-सहयोग गर्न अस्वीकार गर्नु।
 - **मेडिकेयर खर्चको रिपोर्ट फिर्ता हुने डुबेको ऋण (Medicare Cost Report Reimbursable Bad Debt)** – मेडिकेयर डुबेको ऋणको सम्बन्धमा, CMS नियामकका आवश्यकताहरू अधीन स्थापित मार्गनिर्देशहरू र नियामकहरूको अनुसरण गरिनेछ।

सम्बन्धित नीति तथा सन्दर्भहरू

नो सर्प्राइजेस् ऐन (No Surprises Act), खण्ड 501(r) अधीन सङ्घीय रेजिस्टर (Federal Register) तथा CMS नियामकमा स्थापित मार्गनिर्देशहरू र नियामकहरूको अधीन यो नीतिलाई कायम राख्नु नै PSH-को उद्देश्य हो।

वित्तीय सहायता नीतिहरू - PFS-051/PFS-053

रोगीको सेवालाई खारिज गर्ने नीति [Patient Dismissal Policy (135-MGM)]

वित्तीय जोखिम प्रक्रिया (Financial Risk Procedure)

भुक्तान योजनासम्बन्धी मार्गनिर्देशनहरू

स्वीकृति

अधिकारप्राप्त:	Paula Tinch, वरिष्ठ उपाध्यक्ष एवम् प्रमुख वित्तीय अधिकारी
स्वीकृत:	Dan Angel, उपाध्यक्ष, राजस्व चक्र सञ्चालनहरू

आरम्भ र समीक्षा मिति

आरम्भ मिति: 1/1/2008

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

संशोधित: 01/05/2008, 6/10/11, अनि 07/01/2016 [प्रतिस्थापित गर्दछ: रोगीको जिम्मेवारी रकम सङ्ग्रह प्रक्रिया (Patient Responsibility Collection Process), 10/06]; 4/15/21, 11/2021, 10/2022

2017 Penn State Health-को संयुक्त नीतिमा सामेल गरियो – St. Joseph-का निम्न नीतिहरूलाई पेन स्टेट हेल्थ नीति (Penn State Health Policy)-मा समाविष्ट गरियो:

- ADM-CRP-64 – रोगी क्रेडिट एवम् कलेक्शन्स (रकम सङ्ग्रह)
 - 1-10 – कलेक्शन्स (रकम सङ्ग्रह)
 - स्टेवर्डशिप (Stewardship) #16 – कलेक्शन्स (रकम सङ्ग्रह)
- 1-3 – रोगी रकम सङ्ग्रह डुबेको ऋण
- 1-4 डुबेको ऋण/स्वयम्-भुक्तान व्यवस्थापन
- 2-8 कानुनी तवरमा एकाउन्टहरूको रेफरल
- 3-2 फैसला/ग्रहणाधिकार (Liens)
- St. Joseph पेसेवार (professional) – डुबेको ऋणसम्बन्धी नीति
- St. Joseph पेसेवार (professional) – विदेशी ठेगानाहरू भएका रोगीहरूको प्रबन्धन
- St. Joseph पेसेवार (professional) – शल्यक्रियाहरू एवम् प्रक्रियाहरूको लागि वित्तीय सम्झौता
- CPMG – स्वयम्-भुक्तानसित सम्बद्ध रकम सङ्ग्रह

सामग्री समीक्षक र योगदानकर्ताहरू

अस्पताल एवम् पेसेवार रेभेन्यु साइकल परिचालनहरूका वरिष्ठ निर्देशकहरू (Senior Directors of Hospital and Professional Revenue Cycle Operations); पेसावाल वित्तीय परामर्शदाताप्रति रोगीको पहुँचसित सम्बद्ध प्रबन्धक (Manager Patient Access Financial Counseling)