



દર્દીની શાખ અને વસૂલાત નિતિ	RC-002
પેન્ન રાજ્ય સ્વાસ્થ્ય (Penn State Health) રેવન્યુ સાઇકલ	અમલીકરણ તારીખ: જાન્યુઆરી 2020

**હેતુ**

પોલિસી દસ્તાવેજનો નમૂનો પૂર્ણ કરવા દિશાસૂચનો પૂરા પાડવા માટે.

**વ્યાપ** દસ્તાવેજ નીચે સૂચવવામાં આવેલ પેન સ્ટેટ હેલ્થ ઘટકોના લોકો અને પ્રક્રિયાઓને લાગુ પડે છે:

<input checked="" type="checkbox"/>	પેન સ્ટેટ હેલ્થ સિસ્ટમ (Penn State Health System)	<input type="checkbox"/>	પેન સ્ટેટ કોલેજ ઓફ મેડિસિન (Penn State College of Medicine)
<input type="checkbox"/>	મિલ્ટન એસ. હરશે મેડિકલ સેન્ટર (Milton S. Hershey Medical Center)	<input type="checkbox"/>	સે. જોસેફ્સ મેડિકલ સેન્ટર (St. Joseph's Medical Center)
<input type="checkbox"/>	કોમ્યુનિટી મેડિકલ ગ્રુપ (Community Medical Group)		

**હેતુ**

બિલિંગ, વસૂલાતો અને પુનઃપ્રાપ્તિ કામગીરીઓ કરવા માટે સ્પષ્ટ અને સુસંગત માર્ગદર્શનો પ્રદાન કરવા માટે જે અનુપાલન, દર્દી સંતોષ અને કાર્યક્ષમતાને પ્રોત્સાહિત કરે છે. બિલિંગ નિવેદનો, લેખિત પત્રવ્યવહાર અને ફોન કોલ્સ દ્વારા, પેન સ્ટેટ હેલ્થ (Penn State Health, PSH) દર્દીઓ / બાંહેધરીકર્તાઓને તેમની નાણાકીય જવાબદારીઓ અને ઉપલબ્ધ નાણાકીય સહાયતા વિકલ્પોની જાણ કરવા માટે પ્રતિબદ્ધ પ્રયત્નો હાથ ધરશે, તેમજ સંભાળની નાણાકીય અખંડિતતા દરમિયાન પારદર્શિતાને સુનિશ્ચિત કરતાં બાકી એકાઉન્ટ્સ બાબતે દર્દીઓ / બાંહેધરીકર્તાઓ સાથે ફોલો અપ કરશે. આ નીતિ આંતરિક મહેસૂલ કોડની કલમ 501 (આર) માં દર્શાવેલ આવશ્યકતાઓ સાથે સુસંગત છે.

**વ્યાપ**

નોંધણી અને બિલિંગ સ્ટાફ, નાણાકીય સલાહકારો

**વ્યાખ્યાઓ**

સામાન્ય રીતે થતી બિલની રકમ (**Amount Generally Billed, AGB**) ની વ્યાખ્યા: AGB અથવા કુલ શુલ્ક પરની મર્યાદા IRS 501R સાથેના અંતિમ નિયમ મુજબ લુકબેક પદ્ધતિનો ઉપયોગ કરીને PSH દ્વારા ગણવામાં આવે છે. PSH ખાનગી સ્વાસ્થ્ય વીમા કંપનીઓ અને Medicare દ્વારા ચૂકવવામાં આવેલા તમામ દાવાઓની સરેરાશ ચૂકવણીની ગણતરી કરવા માટે આ પદ્ધતિનો ઉપયોગ કરશે. માત્ર તાત્કાલિક અથવા તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ માટે પાત્ર વ્યક્તિઓ પાસેથી સામાન્ય રીતે થતી બિલની રકમથી વધુ શુલ્ક લેવામાં આવશે નહીં. PSH વિનંતી કરનારા દર્દીઓને વર્તમાન AGB ગણતરીની નિઃશુલ્ક લેખિત નકલ ઉપલબ્ધ કરશે. આને એવા ચેરિટી કેઅર (નાણાકીય સહાય) ડિસ્કાઉન્ટ સાથે કન્ફ્યૂઝ કરવામાં ન આવવું જોઈએ જે જો વ્યક્તિઓનું FAP મંજૂર કરવામાં આવેલ હોય તો 100% એ લાગુ પડે છે.

**એજન્સી પ્લેસમેન્ટ:** ધાલખાધની સ્થિતિમાં ખાતાઓની વસૂલાત કરવા માટે બહારની વસૂલાત એજન્સીઓને રાખવામાં આવે છે. ખાતું ધાલખાધની સ્થિતિમાં હોય ત્યારે, તેને પ્રાથમિક અથવા ગૌણ વસૂલાત એજન્સી સાથેની નિષ્ફળ વસૂલાત પ્રવૃત્તિના નવ મહિના સુધી બિનવસૂલાતપાત્ર ગણવામાં આવતું નથી.

**બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ અથવા સ્ટેટમેન્ટ:** આપવામાં આવેલી સેવાઓ માટે બિલ. દર્દીના ખાતા પરના દરેક ચાર્જની સૂચિ દર્શાવતા, આ પ્રવૃત્તિ અથવા વિગતવાર બિલનો સારાંશ હોઈ શકે છે.

## સેવા ની તારીખ (Date of Service, DOS):

- ઇનપેશિન્ટ DOS- દર્દીને હોસ્પિટલમાંથી રજા આપવામાં આવે તે તારીખ.
- આઉટપેશન્ટ/એમ્બ્યુલરી DOS - પ્રક્રિયા કરવામાં આવે અથવા દર્દીને તબીબી સંભાળ મળે તે તારીખ.

ઉપચારાત્મક સેવાઓ - સેવાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓ કે જેનો ઉપયોગ બિમારી અથવા વિકૃતિના કારણને નિર્ધારિત કરવા માટે થાય છે. ડાયગ્નોસ્ટિક મેડિકલ કેરમાં હાલની સમસ્યાના નિરીક્ષણ દ્વારા, દર્દીની સમસ્યાનું નિદાન અથવા ઉપચાર કરવા, નવા લક્ષણો તપાસવા અથવા અસામાન્ય પરીક્ષણ પરિણામોને અનુસરનો સમાવેશ થાય છે. ઉપચારાત્મક સેવાઓ આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓને દર્દીઓમાં તીવ્રતા અથવા રોગોના કારણ અંગે માહિતી આપે છે.

સ્વૈચ્છિક સેવાઓ અથવા કાર્યવાહી - PSH તબીબી સ્ટાફ દ્વારા નક્કી કરાયેલ સેવાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓ જે તબીબી રીતે જરૂરી નથી.

ઇમરજન્સી મેડિકલ કંડિશન – પૂરતી ગંભીર તીવ્રતા (ગંભીર પીડા સહિત) ના તીવ્ર લક્ષણો દ્વારા જાતે જ જણાતી તબીબી સ્થિતિ, જેમ કે સમજદાર અકુશળ વ્યક્તિ, જેમને આરોગ્ય અને દવાઓની સરેરાશ જાણકારી હોય છે, તે સંભવતઃ ગંભીર જોખમમાં, શારીરિક કાર્યોમાં ગંભીર ક્ષતિ, અથવા કોઈ શારીરિક અંગ અથવા ભાગની ગંભીર તકલીફોમાં વ્યક્તિ (અથવા, સગર્ભા સ્ત્રીના સંબંધમાં, સ્ત્રી અથવા તેના અજાત બાળકના સ્વાસ્થ્ય)ના સ્વાસ્થ્યને જાળવી રાખવાના પરિણામે, તાત્કાલિક તબીબી સંભાળની ગેરહાજરીની અપેક્ષા રાખે છે.

ઇમર્જન્ટ કેર: દર્દીને પૂરી પાડવામાં આવતી ઇમર્જન્ટ મેડિકલ કન્ડિશનની સંભાળને, વધુમાં આ મુજબ વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવે છે:

- પૂરતી ગંભીરતાના તીવ્ર લક્ષણો (દા.ત. તીવ્ર પીડા, માનસિક વિકૃતિ અને / અથવા પદાર્થના દુરુપયોગના લક્ષણો વગેરે) દ્વારા જાતે જ દેખાતી તબીબી સ્થિતિ એ છે કે તાત્કાલિક તબીબી ધ્યાનની ગેરહાજરીમાં સંભવતઃ નીચે આપેલામાંથી એકમાં પરિણમવાની અપેક્ષા છે:
  - ગંભીર જોખમમાં દર્દી (અથવા, સગર્ભા સ્ત્રીના સંબંધમાં, સ્ત્રી અથવા તેના અજાત બાળકના સ્વાસ્થ્ય) નું આરોગ્ય જાળવી રાખવું, અથવા
  - શારીરિક કામગીરીમાં ગંભીર ક્ષતિ, અથવા
  - કોઈપણ શારીરિક અંગ અથવા ભાગની ગંભીર અક્ષમતા.
  - ડિલિવરી પહેલાં અન્ય હોસ્પિટલમાં સલામત સ્થાનાંતરણ અથવા સ્ત્રી અથવા તેના અજાત બાળકના સ્વાસ્થ્ય અથવા સલામતીને જોખમી બનાવતા સ્થાનાંતરણને અસર આપવા માટે અપૂરતો સમય હોય તેવી સગર્ભાવસ્થા ધરાવતી ગર્ભવતી સ્ત્રીના સંદર્ભમાં.

બાંધધરી આપનાર: તે વ્યક્તિ જે દર્દીના બિલ માટે નાણાકીય રીતે જવાબદાર હોય. પુખ્ત અથવા સ્વતંત્ર સગીરના કિસ્સામાં, દર્દી સામાન્ય રીતે પોતે જ પોતાનો બાંધધરી આપનાર રહેશે. 18 વર્ષની નીચેના બાળકોને સામાન્ય રીતે બાંધધરી આપનાર તરીકે સૂચિબદ્ધ કરવામાં આવશે નહીં. સગીર સ્વતંત્ર હોય તે સિવાય, સગીરને આપવામાં આવતી બધી સેવાઓનું બીલ રક્ષક વાલી અથવા કાનૂની વાલીને મોકલવામાં આવશે.

તબીબી રીતે જરૂરી: તબીબી રીતે જરૂરી નો અર્થ થાય છે એવી સ્વાસ્થ્ય સંભાળ સેવાઓ કે જેના પર કુશળ તબીબી ચુકાદાનો ઉપયોગ કરીને, પ્રદાતા સામાન્ય રીતે તબીબી પ્રેક્ટિસના સ્વીકૃત ધોરણો અનુસાર દર્દીને બિમારી, ઇજા, રોગ અથવા તેના લક્ષણોને અટકાવવા, મૂલ્યાંકન, નિદાન અથવા સારવારના હેતુ માટે પ્રદાન કરશે

- સામાન્ય રીતે તબીબી પ્રેક્ટિસના સ્વીકૃત ધોરણો અનુસાર
  - આ હેતુઓ માટે, “સામાન્ય રીતે તબીબી પ્રેક્ટિસના સ્વીકૃત ધોરણો અનુસાર” નો અર્થ થાય છે એવા ધોરણો કે જે તબીબી સાહિત્યની સમકક્ષ સમીક્ષામાં જાહેર કરાયેલા વિશ્વસનીય વૈજ્ઞાનિક પુરાવાઓ પર આધારિત હોય સામાન્ય રીતે જેને સંબંધિત તબીબી સમુદાય દ્વારા ઓળખાવવામાં આવેલા હોય અથવા તબીબી ચુકાદાને શામેલ કરતાં પોલિસીના મુદ્દાઓમાં નિર્ધારિત ધોરણો સાથે સુસંગત હોય.
- પ્રકાર, આવર્તન, હદ, સ્થળ અને અવધિની દ્રષ્ટિએ તબીબી રીતે યોગ્ય માનવામાં આવતું હોય અને દર્દીની માંદગી, ઇજા અથવા રોગ માટે અસરકારક માનવામાં આવતું હોય.
- મુખ્યત્વે દર્દી, ચિકિત્સક અથવા અન્ય સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાની સુવિધા માટે નહીં, અને વૈકલ્પિક સેવા અથવા સેવાઓના ક્રમ કરતાં વધુ મોંઘા નહીં, તે દર્દીની બિમારી, ઇજા અથવા રોગના નિદાન અથવા સારવારના સમાન ઉપચારાત્મક અથવા નિદાનાત્મક પરિણામો રજૂ કરવા માટે.
- દરેક કેસના આધાર પર સેવાઓ, વસ્તુઓ અથવા પ્રક્રિયાઓને તપાસધીન અથવા પ્રાયોગિક તરીકે સંબોધવામાં આવશે.

બિન-આવરી લેવાયેલી અથવા પ્રાયોગિક સેવાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓ- સેવાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓ જે આ મુજબ સ્થપાયેલી છે:

- પ્રાયોગિક / તપાસની સેવાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓ- તબીબી સેવાઓ, પ્રક્રિયાઓ અથવા દવાઓ જેનો ઉપયોગ સામાન્ય ઉપયોગ માટે મંજૂર કરાયો નથી પરંતુ સલામતી અને અસરકારકતાને લગતા ક્લિનિકલ ટ્રાયલ્સમાં તપાસ હેઠળ છે. પ્રાયોગિક અને તપાસ સેવાઓ, પ્રક્રિયાઓ અથવા દવાઓના ઉપયોગનો હેતુ રોગ અથવા અન્ય સ્થિતિઓના નિદાનમાં અથવા રોગના ઉપચાર, શમન, સારવાર અથવા રોગના નિવારણમાં કરવાનો છે.
  - સારવાર પ્રોટોકોલ પ્રાયોગિક અને તપાસ સેવાઓ માટે વિકસાવવામાં આવતાં, PSH તબીબી જરૂરિયાત સમજાવવા માટે દાતા સમાજ સાથે કામ કરશે.
- બિન-આવરી લેવામાં આવતી સેવાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓ - તબીબી સેવાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓ કે જે દર્દીની વીમા યોજના દ્વારા આવરી લેવામાં આવતી નથી.

દર્દીની જવાબદારી: કોઈપણ બાકી ચૂકવણી જેમાં દર્દી અથવા દર્દીના બાંહેધરીદાતા (ત્રાહિત પક્ષના ચૂકવણીકર્તા નહીં) નાણાંકીય રીતે જવાબદાર પક્ષ હોય છે.

- સંભાળમાં વિલંબ - PSH જે આપવામાં આવતી કાળજી માટે યોગ્ય દર્દીની જવાબદારી પ્રયત્નો સ્થાપિત કરવા માટે વારંવાર ઇનકાર કરતા દર્દીઓ માટે નોન ઈમર્જન્ટ સર્વીસીસ અથવા પ્રક્રિયાઓમાં વિલંબ કરી શકે છે, EMTALA નીતિ હેઠળ આપવામાં આવતી સંભાળને મુક્તિ આપવામાં આવે છે.

પ્રાથમિક અથવા વિશિષ્ટ સંભાળ સેવાઓ - બિન વિકાસશીલ અથવા બિન તાકીદની તબીબી સંભાળ મેળવવા અથવા સ્થિરતા અથવા કટોકટીની તબીબી સ્થિતિને પગલે વધારાની કાળજી ઈચ્છતા હોસ્પિટલમાં પહોંચતા દર્દીઓને પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓ. પ્રાથમિક અથવા વિશિષ્ટ આયોજીત સેવાઓ ક્યાં તો પ્રાથમિક સંભાળ સેવાઓ અથવા અગાઉથી નક્કી થયેલી તબીબી પ્રક્રિયાઓ છે.

તાકીદની સંભાળ: તબીબી સ્થિતિ માટે દર્દીને પૂરી પાડવામાં આવતી સંભાળ કે જે જીવન/અંગ માટે જોખમી ન હોય અથવા કાયમી હાનિ થવાની સંભાવના ન હોય, પરંતુ Medicare અને Medicaid સર્વિસીઝ (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) માટે કેન્દ્રો દ્વારા વ્યાખ્યાયિત થયા મુજબ, ટાળવા માટે 12 કલાકની અંદર તાત્કાલિક કાળજી અને સારવારની જરૂર હોય:

- દર્દીના સ્વાસ્થ્યને ગંભીર જોખમમાં મૂકવું અથવા ગંભીર ક્ષતિ અથવા અક્ષમતાથી બચવું; અથવા
- આ દસ્તાવેજમાં વ્યાખ્યા આપ્યા મુજબ, અચાનકની સેવાઓની આવશ્યકતા હોય તેવી કોઈ બીમારી કે ઇજા થવાની સંભાવના હોય.

### નીતિ અને/અથવા પ્રક્રિયા નિવેદનો

જાતિ, પ્રાથમિક ભાષા, લિંગ, ઉંમર, ધર્મ, શિક્ષણ, રોજગાર, વિદ્યાર્થીની સ્થિતિ, સ્વભાવ, સંબંધ, વીમા કવરેજ, સામાજિક દરજ્જો, અથવા કોઈપણ અન્ય ભેદભાવપૂર્ણ ભિન્નતા પરિબલને ધ્યાનમાં લીધા વિના, PSH સતત દર્દીના ખાતાઓ પર ચુકવણી કરશે.

દરેક દર્દી / બાંધધરી આપનારને તેની નાણાકીય જવાબદારી સમજવા માટે વાજબી સમયમર્યાદા અને માહિતીસંચાર પૂરો પાડવામાં આવશે. PSH, બિન કટોકટીની પરિસ્થિતિઓમાં તેમની સેવાની અગાઉથી તેમની નાણાકીય જવાબદારી અંગે દર્દીઓ / બાંધધરીઓને સૂચિત કરશે. PSH સ્વૈચ્છિક સેવા પહેલાં નાણાકીય રીતે સ્પષ્ટ થવા માટે અસમર્થ અથવા અનિચ્છા ધરાવતા કોઈ પણ દર્દી માટે નોન ઈમર્જન્ટ કેર (પી.એચ.એચ. તબીબી સ્ટાફ દ્વારા નિર્ધારિત) ને સ્થગિત અથવા રદ કરી શકે છે. દર્દીઓને આર્થિક સહાય નીતિ (Financial Assistance Policy) - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC) અનુસાર નાણાકીય સહાય માટે અરજી કરવાની તક આપવામાં આવશે.

નાણાકીય રીતે ક્લીયર કરવામાં આવનારને અપવાદ-મુક્ત નાણાકીય સાતત્યને સુનિશ્ચિત કરવા માટે આવશ્યક બધી પ્રક્રિયાઓ સાથે સહકાર અને સમાપ્તિ તરીકે વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવશે, પરંતુ તેટલા પૂરતું મર્યાદિત નથી:

- વીમાનો પુરાવો
- સાચી વસ્તી વિષયક માહિતી
- પોકેટ ખર્ચ(દા.ત. સહ-પગાર, સહવીમો, કપાતો, અને બિન-આવરાયેલ ચાર્જીસ) પૈકીની તમામ લાગુ ચુકવણીઓ.
- ત્રીજા પક્ષના લાભ અથવા નાણાકીય સહાય અર્થે PSH ફાઇનાન્શિયલ કાઉન્સેલર્સ સાથે કામ કરતાં
- અગાઉની PSH હેલ્થ કેર સર્વિસીઝ માટે દર્દીના બાકી બેલેન્સને ઉકેલવું.

PSHને નાણાકીય મંજૂરી માટે આવશ્યક માહિતી પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળતા બેલેન્સ પર વધુ વસૂલાત માટે બાહ્ય વસૂલાત એજન્સીને મોકલવામાં આવતા વ્યક્તિગત એકાઉન્ટમાં પરિણામશે.

### વીમાનું બીલીંગ:

દર્દીનું તબીબી વીમા કવરેજ દર્દી, વીમા પ્રદાતા અને / અથવા દર્દીના રોજગારદાતા વચ્ચેનો કરાર બને છે. પેન સ્ટેટ હેલ્થ (Penn State Health) આ કરારનો ભાગ નથી. દર્દીઓ આ માટે જવાબદાર છે:

- ઓફિસ મુલાકાતો માટે રેફરલ આવશ્યક છે કે કેમ તે જાણો.

- નિર્ધારિત પરીક્ષણ તેમની તબીબી કવરેજ પોલિસી હેઠળ શામેલ છે કે કેમ તે તેમના વીમા પ્રદાતા પાસેથી તપાસ કરો.
- લાભોના શેડ્યુલને અને જો કોઈ સહ-યુકવણી અથવા કપાતપાત્ર લાગુ પડે છે કે કેમ તે નક્કી કરવા માટે વીમા પ્રદાતાનો સંપર્ક કરો.
- એપોઇન્ટમેન્ટ્સ માટે યોગ્ય દસ્તાવેજીકરણ સાથે આવો.
- પ્રતિફળ નિર્ણય સામે અપીલ કરવા માટે અમારી બિઝનેસ ઓફીસ સાથે કાર્ય કરો.

કાળજીની જોગવાઈને પગલે, સમયસર રીતે દર્દીના દાવાને તેના / તેણી દ્વારા પૂરા પાડવામાં આવેલ વીમા અથવા યુકવણી કરનાર ત્રાહિત પક્ષ દ્વારા (દર્દી / બાંહેધરી આપનાર દ્વારા પુરી પાડવામાં આવેલ અથવા તેના દ્વારા ચકાસાયેલ માહિતીના આધારે અથવા અન્ય સ્ત્રોતો દ્વારા યોગ્ય રીતે ચકાસાયેલ) દ્વારા પ્રક્રિયા કરવા માટે દરેક વાજબી પ્રયાસ કરવામાં આવશે.

- જો PSH દ્વારા ભૂલને લીધે યુકવણી કરનાર દ્વારા કોઈ અન્યથા માન્ય દાવાને નકારવામાં (અથવા પ્રક્રિયા ન કરવામાં આવે) આવે, તો પી.સી.એચ યુકવણી કરનારે દાવો ચૂકવવા માટે ચૂકવેલી રકમથી વધુ રકમ માટે દર્દીને બિલ કરશે નહીં.
- જો PSH અંકુશની બહારના પરિબળોને કારણે યુકવણી કરનાર દ્વારા કોઈ અન્યથા માન્ય દાવાને નકારવામાં (અથવા પ્રક્રિયા ન કરવામાં આવે) આવે, તો કર્મચારી દાવાના નિરાકરણને સરળ બનાવવા માટે યોગ્ય લાગે તે મુજબ યુકવણી કરનાર અને દર્દીને અનુસરશે.
- જો વાજબી અનુસરણના પ્રયત્નો પછી પણ નિરાકરણ ન આવે, તો PSH દર્દીને બિલ કરી શકે છે અથવા યુકવણી કરારો સાથે સુસંગત અન્ય કાર્યવાહી કરી શકે છે.

### દર્દી બિલિંગ:

ચૂકવણી કરનાર તરફથી વીમા દાવાના નિર્ણય પછી કોઈપણ બેલેન્સ લાભોની સમજૂતીના આધારે દર્દી (અથવા બાંધકર્તા આપનાર) ને બિલ કરવામાં આવશે.

ત્રાહિત પક્ષ અથવા વીમાદાતાની ગેરહાજરીમાં, દર્દીઓને સીધી બિલ કરવામાં આવશે. આ દર્દીઓને જાતે ચૂકવણી કરનાર દર્દીઓ માનવામાં આવશે. PSH વીમિત ન હોય તેવા પાત્ર FAP અથવા બિન-FAP પાત્ર વ્યક્તિ પાસેથી ઇમરજન્સી અથવા તબિબી રીતે જરૂરી હોય તેવી અન્ય કાળજી માટે સામાન્યપણે બિલ કરવામાં આવેલ હોય (AGB) તેના કરતાં વધારે શુલ્ક નહીં લે.

જાતે ચૂકવણી કરનાર દર્દીઓને PSH નાણાકીય સહાય નીતિ વિશેની માહિતી પ્રદાન કરવામાં આવશે. જુઓ નાણાકીય સહાય નીતિ (**Financial Assistance Policy**)- **PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.

- PSH અપેક્ષા રાખે છે કે તમામ બાંધકર્તા આપનારા / દર્દીઓ PSH દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરવા માટેના દરેક વાજબી અને સદભાવનાપૂર્ણ પ્રયાસ કરશે.
- આ ઉપરાંત, PSHને સંપૂર્ણ અને સચોટ વસતી વિષયક માહિતી આપવાની બાંહેધરી આપનાર / દર્દીની જવાબદારી છે. આમ કરવામાં નિષ્ફળતા વસૂલાત માટેના નોંધપાત્ર પગલાંઓમાં પરિણમી શકે છે.

દર્દીની અપેક્ષાઓ માટે માર્ગદર્શિકા નીચે દર્શાવેલ છે.

## અનુસૂચિત આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ માટે દર્દીની નાણાકીય જવાબદારી:

- જો તે શેડ્યૂલિંગ અથવા રજીસ્ટ્રેશન દરમિયાન નિર્ધારિત કરવામાં આવે છે કે દર્દીનો આરોગ્ય વીમો અપૂરતો હોય અથવા મર્યાદિત લાભ ધરાવતો હોય, તો એકાઉન્ટ્સને નાણાકીય સલાહકાર તરીકે સંબોધવામાં આવશે.
  - ફાઇનાન્શિયલ નેવિગેટર્સ વિનંતી કરવા પર તમામ દર્દીઓને કિંમતનો અંદાજ કાઢી આપશે.
  - જો કોઈ દર્દી સૂચવે છે કે તે દર્દી જવાબદારીની ચૂકવણી કરી શકતો નથી, તો નાણાકીય સલાહકાર દર્દી / બાંધકારી આપનારને સરકારી કાર્યક્રમો અથવા નાણાકીય સહાય માટે પાત્ર છે કે કેમ તે નક્કી કરવા માટે પ્રિ-સ્ક્રીન કરી શકે છે.
  - સરકારી કાર્યક્રમો અથવા નાણાકીય સહાય માટે પાત્ર બનવા માટે નક્કી કરાયેલા વ્યક્તિઓને કેવી રીતે અરજી કરવી તે અંગે વિકલ્પો આપવામાં આવશે.
    - PSH ને અરજી પર વિનંતી કરાયેલ આવશ્યક નાણાકીય માહિતી પૂરી પાડવાની વ્યક્તિગત જવાબદારી છે.
    - PSH તરફથી નાણાકીય સહાયની વિનંતી કરનારા તમામ દર્દીઓએ ચૂકવણી કરવામાં તેમની અક્ષમતાને સાબિત કરવા માટે બધી આવશ્યક માહિતી પ્રદાન કરવી જરૂરી છે.
  - નાણાં ચૂકવવાની તેમની ક્ષમતા અથવા નાણાકીય સહાયની જરૂરિયાતને સ્થાપિત કરવા માટે જરૂરી માહિતી પૂરી પાડીને PSH માટે અસહકારી અથવા સહાય કરવા માટે અસમર્થ હોય તેવા દર્દીઓ માટે સેવાઓ જે તબીબીરૂપે આવશ્યક ન હોય તે મુલતવી અથવા રદ થઈ શકે છે.
    - PSH પ્રદાતા અને તબીબી સ્ટાફ દ્વારા તબીબી જરૂરિયાત નિર્ધારિત કરવામાં આવશે. કૃપા કરીને આ દસ્તાવેજના વ્યાખ્યા વિભાગ હેઠળ તબીબી આવશ્યકતાની વ્યાખ્યાનો સંદર્ભ લો.
      - નાણાકીય સલાહકારો પ્રદાતાઓનો સંપર્ક કરશે અને તેમને દર્દીની તબીબી સ્થિતિ સંબંધિત વધારાની માહિતી પૂરી પાડવા અને તાત્કાલિક ધ્યાન આપવાની જરૂરિયાત અંગે જણાવશે. PSH તબીબી કર્મચારીઓ દ્વારા તબીબી રીતે જરૂરી ન હોય તેવી સેવાઓને નક્કી થયા મુજબ સ્થગિત અથવા રદ કરવામાં આવશે, નાણાકીય જોખમ પ્રક્રિયા જુઓ.
      - PSH તબીબી જરૂરી સેવાઓ પૂરી પાડશે, જ્યારે નાણાકીય સલાહકારો નાણાકીય જવાબદારીઓને સંતોષવા માટે દર્દી સાથે સક્રિયપણે કાર્ય કરશે.
  - જો કોઈ વ્યક્તિ સરકારી કાર્યક્રમો અથવા નાણાકીય સહાય માટે યોગ્યતાઓને પૂરી કરતી ન હોય, તો માસિક ચૂકવણી યોજનાનો વિકલ્પ ઉપલબ્ધ છે.
  - આવશ્યક માહિતી પ્રદાન કરવામાં અથવા મહિનાની ચૂકવણી યોજના સ્થાપિત કરવામાં નિષ્ફળતા પરિણામે વ્યક્તિનું એકાઉન્ટ બેલેન્સ પર વધુ વસૂલાત માટે બાહ્ય વસૂલાત એજન્સીને મોકલવામાં આવશે.
  - વિદેશી સરનામાંવાળા દર્દીઓ - તે બિન-ગંભીર સુવિધા પર જોવા મળતા વિદેશી વીમો ધરાવતા તમામ દર્દીઓ માટે સેવાના સમયે બાકી બેલેન્સ વસૂલ કરવા માટે પેન સ્ટેટ હેલ્થની (Penn State Health) નીતિ છે, આપવામાં બધી સેવાઓ માટે દર્દીને બિલ કરી શકવા માટે તીવ્ર સુવિધાઓ ધરાવતા દર્દીઓને સંચાલિત કરતી સહયોગી બધી સંબંધિત માહિતીને એકત્રિત કરવાની અપેક્ષા રાખે છે.

સેવાઓની જોગવાઈ બાદ, બાંહેધરી આપનાર બેલેન્સ અને જાતે ચૂકવવાની બાકીની રકમ બાંહેધરી આપનારને ચૂકવવામાં આવશે. આ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ પ્રક્રિયા માટે નીચેના માર્ગદર્શિકા છે.

### બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ્સ

- હોસ્પિટલ અને / અથવા ચિકિત્સક સેવાઓનો નિવેદન ઓછામાં ઓછા ચાર વધતા જતા ત્રીસ દિવસના બિલિંગ સાઇકલમાં દર્દી / બાંધધરી આપનારને મોકલવામાં આવે છે.
- બધા દર્દીઓ / બાંધધરીદારો કોઈપણ સમયે તેમના એકાઉન્ટ્સ માટે આઇટમલાઈઝ્ડ સ્ટેટમેન્ટની વિનંતી કરી શકે છે.
- જો દર્દી તેના ખાતા અંગે વિવાદ ઊભો કરે અને બિલ સંબંધિત દસ્તાવેજોની વિનંતી કરે, તો સ્ટાફ સમયસર દર્દી / બાંધધરી આપનારને જવાબ આપશે અને વસૂલાત માટે એકાઉન્ટનો ઉલ્લેખ કરતા ઓછામાં ઓછા 30 દિવસ પહેલાં તેનું ખાતું અટકાવશે.
- રેવેન્યુ સાયકલ રીપ્રેઝન્ટેટિવ્ઝ અથવા કોન્ટ્રાક્ટેડ વેન્ડર્સ વસૂલાત ચાલુ રાખવા અથવા નાણાકીય સહાયની તકને ચાલુ રાખવા માટે સ્ટેટમેન્ટ બિલિંગ સાયકલ દરમિયાન દર્દી / બાંધધરી આપનાર (ટેલિફોન, મેઇલ, વસૂલાત પત્ર અથવા ઇમેઇલ દ્વારા) નો સંપર્ક કરવાનો પ્રયાસ કરી શકે છે. બિલિંગ સિસ્ટમમાં દર્દીના એકાઉન્ટ પર વસૂલાતના પ્રયત્નો દસ્તાવેજીકૃત કરવામાં આવે છે. બાંધધરી આપનાર/ દર્દીને તેના બાકી બેલેન્સ સંબંધી સંપર્ક કરવા માટે દરેક વાજબી પ્રયાસ કરવામાં આવશે.
- અંતિમ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ મેસેજ સૂચવે છે કે જો તેની ચૂકવણી પત્રની તારીખથી 30 દિવસની અંદર ન થાય તો એકાઉન્ટને બાહ્ય વસૂલાત એજન્સીને સોંપી શકાય છે.
- PSH પેશન્ટ ફાઇનાન્શિયલ સર્વિસીસ / વેન્ડર્સ સાથે સક્રિય રીતે સંકળાયેલા દર્દીઓ અથવા બાંધધરીદારો, નાણાકીય સહાયથી સંબંધિત તેમના એકાઉન્ટ્સને સંગ્રહ એજન્સીને મોકલાવશે નહીં.
- PSH પેશન્ટ ફાઇનાન્શિયલ સર્વિસીસ / વેન્ડર્સ અને ફાઇનાન્સીયલ આસીસ્ટાન્સ એપ્લીકેશન પ્રોસેસ સાથે સક્રિયપણે સંકળાયેલા હોય ત્યારે દર્દીઓ / બાંહેધરીદાતાઓ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ પ્રાપ્ત કરવાનું ચાલુ રાખશે.
- PSH 501(r) બિલિંગ અને કલેક્શન આવશ્યકતાઓનું પાલન કરે છે.

PSH ખાતે સદભાવનપૂર્ણ કાર્ય કરવા અને પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરવા માટે વાજબી પ્રયાસો કરવા માટે દર્દી / બાંધધરી આપનારની જવાબદારી છે. જે દર્દીઓ સરકારી સહાય માટે અરજી કરવા માંગતા ન હોય, તેઓ નાણાકીય સહાય માટે પાત્ર ન હોય, અથવા જેમની જરૂરિયાતો કરતાં આવક વધુ હોય અને સેવાઓ માટે ચૂકવણી સહાયની જરૂર હોય, તેઓ ચૂકવણી યોજનાની વિનંતી કરી શકે છે. ચૂકવણી યોજનાની સ્થાપના માટે નીચે આપેલા માર્ગદર્શિકા છે.

### ચૂકવણી યોજનાઓ

- જો કોઈ દર્દી / બાંધધરીકર્તા તેના બિલની સંપૂર્ણ ચૂકવણી કરવા માટે અસમર્થ હોય અને નાણાકીય સહાય માટે પાત્ર ન હોય તો PSH ચૂકવણી યોજનાની ગોઠવણ કરે છે.
- ચૂકવણી યોજના બાકી રકમ પર આધારિત છે અને PSH નેતૃત્વ (6-24 મહિના) દ્વારા નિર્ધારિત યોગ્ય સમયની અંદર ઉકેલવા વિનંતી કરવામાં આવી છે, જુઓ ચૂકવણી યોજના દિશાનિર્દેશો.

- PSH સાથે ઔપચારિક ચુકવણી યોજના દાખલ ન થયેલી વ્યક્તિઓ, વધુ વસૂલાત માટે બાહ્ય વસૂલાત એજન્સીને પાત્ર બની શકે છે.
- વ્યક્તિઓ દર મહિને સમય પર ચુકવણી કરવાની અપેક્ષા રાખે છે.
- સ્ટેટમેન્ટની તારીખના 30 દિવસની અંદર દર્દી/ બાંધધરી આપનાર સંમત થયા મુજબની માસિક ચુકવણી ન કરે તો ખાતું ઉપેક્ષિત બને છે. ઉપેક્ષિત ખાતાઓ વધુ વસૂલાત માટે બાહ્ય વસૂલાત એજન્સીને પાત્ર બની શકે છે.
- જો કોઈ દર્દી/બાંધધરી આપનારની ચુકવણી ન થવાની આશંકા હોય અથવા ઘરની આવક બદલાઈ ગઈ હોય, તો વ્યક્તિ નાણાકીય સહાય માટે અરજી કરી શકે છે; જુઓ. નાણાકીય સહાય નીતિ (**Financial Assistance Policy**)-PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC).
- PSH દર્દી દ્વારા ઉચિત પ્રયત્નો ન થવાના સંજોગોમાં અથવા બાકી બિલ માટે ચુકવણી કરવા બાંધધરી આપનારને બેલેન્સ પર વધુ વસૂલાત કરી શકે છે. તેમાં નાણાકીય સહાય પ્રક્રિયા અથવા ઉપર વર્ણવ્યા મુજબ ચુકવણી યોજનાને પૂર્ણ કરવા માટે આવશ્યક માહિતી પ્રદાન કરવામાં આવતું નથી, પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નથી. વસૂલાતના વિશિષ્ટ પગલાંની પ્રક્રિયા માટે નીચેના માર્ગદર્શિકા છે.

### વસૂલાતના વિશિષ્ટ પગલાં

- **એક્સટર્નલ કલેક્શન એજન્સીઝ** - PSH રેવન્યુ સાયકલ ડિપાર્ટમેન્ટની જવાબદારી એક્સટર્નલ કલેક્શન માટે ન તો એકાઉન્ટ્સ નિયુક્ત કરવાની કે ન તો દર્દી ફાઇનાન્શિયલ આસિસ્ટન્સ માટે પાત્ર છે કે નહીં તે નક્કી કરવાના વાજબી પ્રયાસો કરવા અગાઉ અસાધારણ કલેક્શનમાં લિપ્ત થવાની જવાબદારી છે.
  - 120/240 ડે રૂલ - 120 દિવસનો સમયગાળો જે દરમિયાન એક વ્યક્તિને FAP અંગે જાણ કરવા હોસ્પિટલ સુવિધા જોઈતી હોય છે અને 240 દિવસનો સમયગાળો જે દરમિયાન એક હોસ્પિટલ સુવિધાને એક વ્યક્તિ દ્વારા દાખલ કરવામાં આવેલ આવેદનની પ્રક્રિયા કરવા જોઈતો હોય છે. પ્રથમ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટની તારીખ પછી ઓછામાં ઓછા 120 દિવસની સમાપ્તિની સૂચના સમયગાળા દરમિયાન PSH નોટિસ આપશે. હોસ્પિટલ સુવિધા એક એવી વ્યક્તિ સામે ECAs (extraordinary collection actions)ની શરૂઆત ન કરે જેની FAP પાત્રતા તેના ડિસ્ચાર્જ પછીના પ્રથમ સ્ટેટમેન્ટના 120 દિવસ પછી પહેલાં નક્કી કરવામાં આવેલ ન હોય.
  - વસૂલાત એજન્સીમાં ફેરવાયા પછી એકાઉન્ટ્સની ગોઠવણી કરવામાં આવશે.
  - એક વખત દર્દી FAP આવેદન દાખલ કરી દે ત્યાર પછી PSH દર્દી સામે કોઈ પણ ECAsને સસ્પેન્ડ કરી દેશે ભલે પછી તે આવેદન પૂર્ણ હોય કે નહીં.
  - PSH 501(r) બિલિંગ અને કલેક્શન આવશ્યકતાઓનું પાલન કરે છે.
- **ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ** - બાહ્ય વસૂલાત એજન્સીઓ બાહ્ય ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓને એકાઉન્ટ્સની જાણ કરી શકે છે. PSH અને બાહ્ય વસૂલાત એજન્સીઓ તમામ વસૂલાત પ્રવૃત્તિઓમાં વ્યાજબી દેવાની વસૂલાતના વ્યવહારો અધિનિયમ અને ફેડરલ ટ્રેડ કમિશન ટેલિફોન કન્ઝ્યુમર પ્રોટેક્શન એક્ટ, અને 501 (આર) નિયમનોનું પાલન કરશે.
- **બેડ ગેરંટર એડ્રેસ (Bad Guarantor Address, BGA)** –PSH વિતરિત ન કરાયેલા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સ પોસ્ટ ઓફિસ (યુ.એસ.પી.એસ.) (United States Post Office, USPS) દ્વારા પરત



કરાયેલા તમામ દર્દી નિવેદનોને જવાબ આપવા માટે યોગ્ય પ્રયત્નો કરશે. એકાઉન્ટ્સ જેની સૌથી તાજેતરની વસ્તી વિષયક માહિતીમાં બીજીએ (BGA) ના નામનો સમાવેશ થાય છે તે પ્લેસમેન્ટ પહેલા ઓછામાં ઓછા 120 દિવસ માટે વધારાના અનુસરણ માટે ધાલખાધ તરીકે બાહ્ય એજન્સીને સંદર્ભિત થઈ શકે છે, જો કે આ એકાઉન્ટ્સ સૂચનાની આવશ્યકતાઓ ન સંતોષાય ત્યા સુધી સુધી વસૂલાતના વિશિષ્ટ પગલાંને આધિન હશે નહીં. 501 (આર) નિયમનોનું પાલન કરવામાં આવે તે આ નીતિનો હેતુ છે.

- **એટર્ની પ્લેસમેન્ટ** – બાકીના બેલેન્સ શ્રેશોલ્ડ અને ચુકવણી કરવાની ક્ષમતા અને / અથવા ગેરંટીદાતા અથવા ચુકવણી કરનાર ત્રાહિત પક્ષ દ્વારા ચૂકવણીની પેટર્નના આધારે ચોક્કસ કિસ્સાઓમાં, PSH દર્દીના બેલેન્સની વસૂલાત કરવા કાનૂની કાર્યવાહી કરી શકે છે.
  - કાયદાકીય કાર્યવાહી માટે ઓળખાયેલા ખાતાઓને ધાલખાધ ખાતાઓમાંથી એક વસૂલાત એજન્સીમાં ફેરવાયેલા તરીકે અલગથી ઓળખાવા જોઈએ.
  - PSH કાનૂની પગલાં માટે ભલામણિત તમામ દર્દીઓને લેખિત સૂચના મોકલશે.
  - કાયદાકીય પ્રક્રિયા માટે ભલામણ કરેલ તમામ એકાઉન્ટ્સની 30 દિવસની અંદર સમીક્ષા કરવામાં આવશે અને મૂલ્યાંકન કરવામાં આવશે. મૂલ્યાંકન સમયગાળા દરમિયાન, એકાઉન્ટ એ / આર સ્થિતિમાં સક્રિય રહેશે. એકવાર તે કાનૂની એજન્સી માટે મંજૂર થઈ જાય, તે પછી એકાઉન્ટને ધાલખાધ તરીકે વર્ગીકૃત કરવામાં આવશે.
  - જો કોઈ ચુકાદો / પૂર્વાધિકાર કોર્ટની નોટિસ પ્રાપ્ત થઈ હોય, તો સૂચનામાં ઓળખાયેલા ખાતાઓ પર યોગ્ય ગોઠવણ કરવામાં આવશે, એકાઉન્ટનું દસ્તાવેજીકરણ કરવામાં આવશે અને નોટિસ દાખલ કરવામાં આવશે.
  - એક વખત દર્દી FAP આવેદન દાખલ કરી દે ત્યાર પછી PSH દર્દી સામે કોઈ પણ ECAsને સસ્પેન્ડ કરી દેશે ભલે પછી તે આવેદન પૂર્ણ હોય કે નહીં.
  - PSH 501(r) બિલિંગ અને કલેક્શન આવશ્યકતાઓનું પાલન કરે છે.
- **ફિઝિશિયન/દર્દી સંબંધની સમાપ્તિ** – જો દર્દી સંભાળ માટે ચુકવણીમાં ઉપેક્ષિત હોય તો PSH દર્દી / ચિકિત્સકના સંબંધને સમાપ્ત કરી શકે છે. તબિબી રીતે આવશ્યક અથવા તાત્કાલિક કાળજી માટે દર્દીઓને ડિસમિસ કરવામાં નહીં આવે. તબિબી નિયામક, મેનેજર અને ચિકિત્સક બધાએ દર્દીની સંભાળને સમાપ્ત કરવા અને સમાપ્તિના સ્તર પર સંમત થવું આવશ્યક છે.
  - સંભાળ માટે ચુકવણીમાં ઉપેક્ષામાં શામેલ છે, પરંતુ તે આ સુધી મર્યાદિત નથી:
    - ચૂકવણી પૂરી પાડવાની ક્ષમતા હોવા છતાં બિલની ચુકવણી અથવા નોંધપાત્ર રકમની ચુકવણી ન કરવી. નાણાકીય સહાયને સુરક્ષિત કરવામાં અથવા શક્ય હોય ત્યારે વાજબી સહાયની યોજનાઓની સ્થાપના કરવામાં દર્દીઓની સહાય કરવા માટે પ્રયત્નો કરવામાં આવે છે, જુઓ નાણાકીય સહાય નીતિ (**Financial Assistance Policy**)- **PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
    - સહાયતા સુરક્ષિત કરવામાં લાગુ થઈ પાર્ટી પેઅર પ્રોગ્રામ્સમાં નોંધણી કરવા માટે રેવેન્યુ સાચકલ સ્ટાફ સાથે સહકાર આપવાનો ઇનકાર.
- **Medicare ખર્ચ રિપોર્ટ વળતરપાત્ર ધાલખાધ** – Medicare ધાલખાધ સંબંધિત CMS નિયમનકારી જરૂરિયાતો હેઠળ નિર્ધારિત દિશાનિર્દેશો અને નિયમોનું પાલન કરવામાં આવશે.

સંબંધિત દસ્તાવેજો અને સંદર્ભો

PSHનો ઉદ્દેશ છે કે આ નીતિ કલમ 501 (r) હેઠળ ફેડરલ રજિસ્ટરમાં નિર્ધારિત દિશાનિર્દેશો અને નિયમનોમાં છે અને Medicare ધાલખાધ સંબંધિત CMS નિયમનકારી આવશ્યકતાઓ હેઠળ રહે.

જુઓ નાણાકીય સહાય નીતિ (Financial Assistance Policy)- PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC).  
જુઓપેશન્ટ ડિસમિસલ પોલિસી (135-MGM).

નાણાકીય જોખમની પ્રક્રિયા

ચૂકવણી યોજના માર્ગદર્શિકા

## મંજૂરીઓ

	નામ	શીર્ષક	તારીખ
અધિકૃત:	Paula Tinch	સીનિયર વાઇસ પ્રેસિડેન્ટ અને ચીફ ફાઇનાન્સિયલ ઓફિસર	1/1/2020
મંજૂરી મેળવેલ:	Dan Angel	મહેસૂલ ચક્ર સંચાલનના ઉપ પ્રમુખ	1/1/2020

## ઉત્પત્તિની તારીખ અને સમીક્ષાઓ

શરૂઆતની તારીખ: 1/1/2008

સમીક્ષા તારીખ (ઓ: 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017

સુધારેલ: 01/05/2008, 6/10/11, અને 07/01/2016 (બદલે છે: દર્દીની જવાબદારી વસૂલાત પ્રક્રિયા, 10/06)

2017 પેન સ્ટેટ હેલ્થ (Penn State Health) કમ્પાઈન્ડ પોલિસીમાં સંક્રમિત - નીચેની સેન્ટ જોસેફ નીતિઓ પેન સ્ટેટ હેલ્થ પોલિસીમાં સમાવવામાં આવી હતી:

- ADM-CRP-64 – દર્દી ક્રેડિટ અને વસૂલાતો
  - 1-10 - વસૂલાતો
  - સ્ટ્યુવર્ડશીપ #16 - વસૂલાતો
- 1-3 – દર્દી વસૂલાતો ધાલખાધ
- 1-4 ધાલખાધ/જાતે ચૂકવણીની પતાવટ
- 2-8 લીગલ એકાઉન્ટ્સ રેફરલ
- 3-2 ચૂકાદો/ પૂર્વાધિકાર
- સેન્ટ જોસેફ પ્રોફેશનલ - ધાલખાધ નીતિ
- સેન્ટ જોસેફ પ્રોફેશનલ - વિદેશી સરનામાંવાળા દર્દીઓનું સંચાલન
- સેન્ટ જોસેફ પ્રોફેશનલ - સર્જરી અને પ્રક્રિયા માટે નાણાકીય કરાર
- CPMG – જાતે ચૂકવણીની વસૂલાતો

## વિષય સમીક્ષકો અને યોગદાન કરનારાઓ

સીનિયર ડાયરેક્ટર્સ ઓફ રેવન્યુ; સાયકલસ મેનેજર પેશન્ટ એક્સેસ ફાઇનાન્સિયલ કાઉન્સેલિંગ