



|                                           |                                      |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>रोगी क्रेडिट और संग्रह संबंधी नीति</b> | RC-002                               |
| Penn State Health का आय चक्र              | प्रभावी होने की तारीख:<br>फरवरी 2026 |

**कार्यक्षेत्र और उद्देश्य** यह दस्तावेज़ नीचे निर्दिष्ट Penn State Health के निम्नलिखित घटकों के लोगों और प्रक्रियाओं पर लागू होता है:

|   |                                        |   |                                                                            |
|---|----------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------|
| X | Penn State Health से जुड़ी साझा सेवाएँ |   | Penn State College of Medicine                                             |
| X | Milton S. Hershey Medical Center       | X | मेडिकल ग्रुप – अकादमिक प्रैक्टिस डिवीजन<br>(Academic Practice Division)    |
| X | St. Joseph Medical Center              | X | मेडिकल ग्रुप – कम्युनिटी प्रैक्टिस डिवीजन<br>(Community Practice Division) |
| X | Holy Spirit Medical Center             | X | Penn State Health Life Lion, LLC                                           |
| X | Hampden Medical Center                 | X | Pennsylvania Psychiatric Institute                                         |
| X | Lancaster Medical Center               |   |                                                                            |
| X | Lancaster Orthopedic Group             |   |                                                                            |

## नीति वक्तव्य

बिलिंग, संग्रह और वसूली संबंधी कार्यों के संचालन के लिए स्पष्ट और सुसंगत दिशा-निर्देशों को इस तरीके से उपलब्ध कराना जिससे अनुपालन, रोगी संतुष्टि और दक्षता को बढ़ावा मिले। बिलिंग स्टेटमेंट्स, लिखित पत्राचार और फोन कॉल्स के प्रयोग के माध्यम से, Penn State Health (PSH) राजस्व चक्र विभाग (Revenue Cycle Department) रोगियों/गारंटर्स को उनकी वित्तीय ज़िम्मेदारियों और उपलब्ध वित्तीय सहायता विकल्पों की सूचना देने के लिए लगातार कोशिश 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 आंतरिक आय संहिता के सेक्शन 501(r) और समेकित विनियोग अधिनियम, 2021 में शामिल "नो सरप्राइज़ेज़ एक्ट" में उल्लिखित अनिवार्यताओं के मुताबिक है।

पंजीकरण, बिलिंग स्टाफ और वित्तीय सलाहकारों पर लागू होता है

## परिभाषाएँ

**सामान्य बिलिंग राशि (AGB) परिभाषा:** सकल शुल्क पर AGB या सीमा की गणना PSH द्वारा आंतरिक राजस्व सेवा (Internal Revenue Service, IRS) 501R अंतिम नियम के अनुसार लुकबैक पद्धति का उपयोग करके की जाती है। PSH निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं और Medicare द्वारा भुगतान किए गए सभी दावों के औसत भुगतान की गणना करने के लिए इस पद्धति का प्रयोग करेगा। पात्र व्यक्तियों से आपातकालीन या चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए सामान्यतः बिल की जाने वाली राशि से अधिक शुल्क नहीं लिया जाएगा। PSH अनुरोध करने वाले रोगियों को वर्तमान AGB गणना की एक निःशुल्क लिखित प्रति उपलब्ध कराएगा। इसे चैरिटी केयर (वित्तीय सहायता) छूट के

साथ भ्रमित नहीं होना चाहिए, जोकि व्यक्तियों के वित्तीय सहायता कार्यक्रम (Financial Assistance Program, FAP) स्वीकृत होने पर 100% पर लागू होती है।

**एजेंसी प्लेसमेंट:** बाहरी संग्रह एजेंसियों को खराब ऋण स्थिति में खातों को इकट्ठा 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, Penn State Health रोगियों को सरप्राइज़ बिल प्राप्त होने से बचाने के लिए प्रतिबद्ध है। ऐसे बिल तब प्राप्त हो सकते हैं जब रोगी जिस Penn State Health सुविधा या प्रदाता से देखभाल प्राप्त करते हैं, वह उनकी स्वास्थ्य योजना के नेटवर्क से बाहर हो। जब कोई नेटवर्क से बाहर का प्रदाता या सुविधा रोगियों से उनकी स्वास्थ्य योजना द्वारा भुगतान की जाने वाली सहमत राशि और किसी सेवा के लिए नेटवर्क से बाहर के प्रदाता या सुविधा द्वारा लगाए गए पूर्ण शुल्क के बीच के अंतर का बिल लेती है, तो इसे “बैलेंस बिलिंग” कहा जाता है। “सरप्राइज़ बिल” अप्रत्याशित बैलेंस बिल होते हैं। नो सरप्राइज़ेज़ एक्ट रोगियों को उस स्थिति में अधिक बिल प्राप्त होने से बचाता है जब वे किसी नेटवर्क से बाहर के प्रदाता या सुविधा से आपातकालीन देखभाल प्राप्त करते हैं, या जब कोई नेटवर्क से बाहर के प्रदाता रोगी का उपचार किसी नेटवर्क के भीतर अस्पताल में करता है। अगर 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:** उपलब्ध कराई गई सेवाओं के लिए बिल। यह गतिविधि का सारांश या एक विस्तृत बिल हो सकता है, जिसमें रोगी के खाते पर लगाए गए प्रत्येक शुल्क की सूची होती है।

**सेवा की तारीख (Date of Service, DOS):**

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

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

**वैकल्पिक सेवाएँ या प्रक्रियाएँ** - ऐसी सेवाएँ या प्रक्रियाएँ जो चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं हैं, जैसा कि PSH मेडिकल स्टाफ द्वारा निर्धारित किया गया है।

**आपातकालीन चिकित्सा स्थिति** - ऐसी चिकित्सा स्थिति जो पर्याप्त गंभीरता (गंभीर दर्द सहित) के तेज़ी से उभरने वाले लक्षणों से प्रकट होती है, जैसे कि एक विवेकपूर्ण आम व्यक्ति, जिसके पास स्वास्थ्य और चिकित्सा का औसत ज्ञान है, यह यथोचित अपेक्षा कर सकता है कि तत्काल चिकित्सा ध्यान न मिलने पर व्यक्ति के स्वास्थ्य (या, गर्भवती महिला के संबंध में, महिला या उसके अजन्मे बच्चे के स्वास्थ्य) को गंभीर खतरा हो सकता है, शारीरिक कार्यों में गंभीर हानि हो सकती है, या किसी भी शारीरिक अंग या भाग की गंभीर अक्षमता हो सकती है।

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

- ऐसी चिकित्सा स्थिति जो पर्याप्त गंभीरता वाले तीव्र लक्षणों (जैसे गंभीर दर्द, मानसिक विकार और/या मादक द्रव्यों के सेवन के लक्षण आदि) के रूप में प्रकट होती है, जहाँ तत्काल चिकित्सा ध्यान की अनुपस्थिति में निम्नलिखित में से किसी परिणाम की आशंका उचित रूप से 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।

**गारंटर:** वह व्यक्ति जो किसी रोगी के बिल के लिए आर्थिक रूप से ज़िम्मेदार 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। नाबालिग को प्रदान की गई सभी सेवाओं का बिल उसके माता-पिता या कानूनी अभिभावक को भेजा जाएगा, जब तक कि नाबालिग कानूनी रूप से स्वतंत्र न हो।

**चिकित्सकीय तौर पर आवश्यक:** चिकित्सकीय तौर पर आवश्यक 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

- आमतौर पर स्वीकृत चिकित्सा पद्धति के मानकों के अनुसार
  - इन उद्देश्यों के लिए, "चिकित्सा पद्धति के आमतौर पर स्वीकृत मानकों" का मतलब 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 मुताबिक होते हैं।
- प्रकार, आवृत्ति, सीमा, स्थान और अवधि के संदर्भ में नैदानिक रूप से उपयुक्त तथा रोगी की बीमारी, चोट या रोग के लिए प्रभावी माना गया।
- मुख्य रूप से रोगी, चिकित्सक या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता की सुविधा के लिए नहीं, तथा किसी वैकल्पिक सेवा या सेवा-क्रम की तुलना में अधिक महंगा नहीं, जिससे रोगी की बीमारी, चोट या रोग के निदान अथवा उपचार के लिए समान चिकित्सीय या नैदानिक परिणाम प्राप्त होने की संभावना कम-से-कम उतनी ही हो।
- जाँच योग्य या प्रयोगात्मक समझी जाने वाली सेवाओं, चीज़ों या प्रक्रियाओं को मामले के आधार पर संबोधित किया जाएगा।

**गैर-कवर या प्रायोगिक सेवाएँ या प्रक्रियाएँ** - सेवाएँ या प्रक्रियाएँ जो इस प्रकार स्थापित हैं:

- प्रायोगिक/जाँच सेवाएँ या प्रक्रियाएँ - चिकित्सा सेवाएँ, प्रक्रियाएँ या दवाएँ जिन्हें सामान्य उपयोग के लिए अनुमोदित नहीं किया गया है लेकिन सुरक्षा और क्षमता के संबंध में नैदानिक परीक्षाओं में जाँच के अधीन हैं। प्रायोगिक और जाँच संबंधी सेवाओं, प्रक्रियाओं या दवाओं का उपयोग रोग अथवा अन्य स्थितियों के निदान, या बीमारी के उपचार, शमन, रोकथाम अथवा नियंत्रण के लिए किया जाता है।
  - जैसाकि प्रायोगिक और जाँच संबंधी सेवाओं के लिए उपचार प्रोटोकॉल विकसित किए गए हैं, PSH राजस्व चक्र विभाग (Revenue Cycle Department) चिकित्सा आवश्यकता को समझाने के लिए अदाकर्ता समुदाय के साथ काम करेगा।
- कवर न की गई सेवाएँ या प्रक्रियाएँ - वे चिकित्सा सेवाएँ या प्रक्रियाएँ जो रोगी की बीमा योजना द्वारा कवर नहीं की जाती हैं।

**रोगी की ज़िम्मेदारी:** कोई भी बकाया जहाँ आर्थिक रूप से ज़िम्मेदार 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 ज़िम्मेदारी से कोशिशें करने से बार-बार इंकार करते हैं, आपातकालीन चिकित्सा उपचार और श्रम अधिनियम (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) नीति के तहत दी जाने वाली देखभाल को बाहर रखा गया है।

**प्राथमिक या विशिष्ट देखभाल सेवाएँ** - उन रोगियों को प्रदान की जाने वाली सेवाएँ या प्रक्रियाएँ 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 सेवाएँ या तो प्राथमिक देखभाल सेवाएँ हैं या अग्रिम रूप से तय की गई चिकित्सा प्रक्रियाएँ हैं।

**तुरंत 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 ज़रूरत है, जैसा कि सेंटर्स फॉर Medicare एंड Medicaid सर्विसेज (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) 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 ज़रूरत वाली बीमारी या चोट की संभावित शुरुआत।

### नीति और प्रक्रिया विवरण

PSH जाति, प्राथमिक भाषा, लिंग, आयु, धर्म, शिक्षा, रोजगार, छात्र स्थिति, स्वभाव, संबंध, बीमा कवरेज, सामुदायिक स्थिति, या किसी अन्य भेदभावपूर्ण कारक की परवाह किए बिना रोगी खातों पर भुगतान की प्रक्रिया लगातार जारी रखेगा।

हर रोगी/गारंटर को उसकी वित्तीय जिम्मेदारी को समझने के लिए एक उचित समय सीमा और संचार दिया जाएगा। PSH गैर-आकस्मिक स्थितियों में रोगियों/गारंटर्स को उनकी सेवा के लिए अग्रिम रूप से उनकी वित्तीय जिम्मेदारी के बारे में सूचित करने की कोशिश करेगा। PSH किसी भी ऐसे रोगी के लिए गैर-आकस्मिक देखभाल (जैसा कि PSH मेडिकल स्टाफ़ द्वारा तय 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 (मतलब सह-भुगतान, सहबीमा, कटोटियाँ और कवर न 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 उपलब्ध कराने में विफलता की वजह से व्यक्ति के खाते को शेष राशि पर आगे संग्रह के लिए एक बाहरी संग्रह एजेंसी को अग्रेषित किया जा सकता है।

### **बीमा संबंधी बिलिंग:**

रोगी का चिकित्सा बीमा कवरेज रोगी, बीमा प्रदाता और/या रोगी के नियोक्ता के बीच एक अनुबंध स्थापित करता है। Penn State Health इस अनुबंध का हिस्सा नहीं है। जहाँ लागू हो, PSH नो सरप्राइज़ेज़ एक्ट का अनुपालन करेगा।

रोगी इनके लिए ज़िम्मेदार हैं:

- पता करें कि कार्यालय संबंधी विज़िट्स के लिए रेफरल आवश्यक है या नहीं।
- यह तय करने के लिए कि क्या निर्धारित जाँच को उनकी चिकित्सा कवरेज संबंधी नीति के तहत कवर किया गया है, उनके बीमा प्रदाता से संपर्क करें।
- लाभों की अनुसूची तय करने के लिए और अगर कोई सह-भुगतान या कटौती योग्य लागू होता है, तो बीमा प्रदाता से संपर्क करें।
- कोई आश्चर्य नहीं बिलिंग नोटिस और सहमति प्रपत्र हासिल करें और/या उस पर हस्ताक्षर करें।
- उचित दस्तावेजीकरण के साथ अपॉइन्टमेंट्स के लिए आएँ।
- 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 तीसरे पक्ष द्वारा 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)।

- अगर PSH द्वारा किसी गड़बड़ी 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।
- अगर PSH के नियंत्रण से बाहर के कारकों 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।
- अगर फॉलो-अप संबंधी उचित कोशिशों के बाद भी समाधान नहीं होता है, तो PSH रोगी को बिल दे सकता है या भुगतानकर्ता संबंधी अनुबंधों के मुताबिक अन्य कार्यवाही कर सकता है।
- यदि किसी रोगी का चिकित्सक (i) चिकित्सा आवश्यकता की कमी के लिए सेवाओं को कवर करने के लिए भुगतानकर्ता के इनकार से असहमत है; (ii) रोगी के रिकॉर्ड में सेवाओं के चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने के कारणों का दस्तावेजीकरण करता है, और (iii) भुगतानकर्ता के साथ पूर्व-प्राधिकरण (यदि लागू हो) के लिए प्रशासनिक प्रयासों को समाप्त कर दिया है, PSH AGB छूट के बराबर स्व-भुगतान छूट की पेशकश कर सकता है।

- PSH किसी भी गैर-कवर सेवाओं या प्रक्रियाओं के लिए AGB छूट के बराबर स्व-भुगतान छूट की पेशकश कर सकता है।

### **रोगी संबंधी 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, गैर-बीमित FAP-पात्र या गैर-FAP पात्र व्यक्तियों से आपातकालीन या अन्य चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए आमतौर पर 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 उपलब्ध कराई जाएगी।  
देखें **वित्तीय सहायता संबंधी नीतियाँ - 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 कोशिश करेंगे।
- इसके अतिरिक्त, PSH को पूर्ण और सटीक जनसांख्यिकीय जानकारी उपलब्ध कराना गारंटर/रोगी की ज़िम्मेदारी है। ऐसा न कर पाने की वजह से असाधारण संग्रह कार्यवाहियों का प्रयोग हो सकता है।

रोगी से अपेक्षित दिशा-निर्देश नीचे दिए गए हैं।

### **अनुसूचित स्वास्थ्य देखभाल संबंधी सेवाओं के लिए रोगी का वित्तीय उत्तरदायित्व:**

- अगर शेड्यूलिंग या पंजीकरण के दौरान यह तय 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 उपलब्ध कराएँगे।
  - अगर कोई रोगी सूचित करता है कि वह रोगी के उत्तरदायित्व अनुमान का भुगतान नहीं कर सकता/सकती है, तो वित्तीय सलाहकार यह तय करने के लिए रोगी/गारंटर की पूर्व-जाँच 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 तय लोगों को आवेदन करने के तरीके के विकल्प दिए जाएंगे।
    - PSH को आवेदन पर अनुरोधित ज़रूरी वित्तीय जानकारी उपलब्ध कराना उस व्यक्ति की ज़िम्मेदारी 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 सेवाएँ 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 ज़रूरत सिद्ध करने के लिए आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराकर PSH की सहायता करने में असमर्थ हैं।
  - चिकित्सा संबंधी 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 चिकित्सीय स्थिति तथा तत्काल ध्यान की आवश्यकता से संबंधित अतिरिक्त जानकारी प्रदान करने का अनुरोध करेंगे। सिर्फ चिकित्सकीय रूप से ज़रूरी नहीं समझी जाने वाली सेवाओं को PSH चिकित्सा कर्मचारियों द्वारा निर्धारित रूप में स्थगित या रद्द किया जाएगा, वित्तीय जोखिम प्रक्रिया देखें।
  - PSH चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएँ उपलब्ध कराना 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 पात्रता मानदंडों को पूरा नहीं करता, तो मासिक भुगतान योजना का विकल्प उपलब्ध है।
- आवश्यक जानकारी प्रदान न करने या मासिक भुगतान योजना स्थापित न करने की स्थिति में, व्यक्ति के खाते को शेष राशि की आगे की वसूली हेतु किसी बाहरी संग्रह एजेंसी को भेजा 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 इकट्ठा करने की अपेक्षा की जाती है, ताकि प्रदान की गई सभी सेवाओं के लिए 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 संबंधी विवरण**

- अस्पताल और/या 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 जानकारी का अनुरोध कर सकते हैं।
- अगर 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 ज़रिए) संपर्क करने की कोशिश कर सकते हैं। रोगी के खाते में वसूली संबंधी प्रयासों का दस्तावेजीकरण बिलिंग प्रणाली में किया जाता है। गारंटर/रोगी से उसकी बकाया राशि के संबंध में संपर्क करने के लिए हर संभव 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 रोगी वित्तीय सेवाओं PSH/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 संबंधी विवरण प्राप्त होते रहेंगे।
- PSH, 501(r) बिलिंग और संग्रहण संबंधी अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- PSH 'नो सरप्राइज़ एक्ट' की अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।

यह रोगी/गारंटर का दायित्व है कि वह सद्भावना के साथ कार्य करे और PSH में प्रदान की गई 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 ज़रूरत है, वे भुगतान योजना का अनुरोध कर सकते हैं। भुगतान योजना तय करने के लिए दिशानिर्देश निम्नलिखित हैं।

## **भुगतान संबंधी योजनाएँ**

- PSH भुगतान संबंधी योजना व्यवस्था पेश करता है अगर कोई रोगी/गारंटर अपने बिल का पूरा भुगतान करने में असमर्थ है और वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं है।
- भुगतान योजना देय राशि पर आधारित है और अनुरोध है कि PSH नेतृत्व (6-24 महीने) द्वारा निर्धारित उचित समय के भीतर हल किया जाए, 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।

- लोगों से हर महीने समय पर भुगतान करने की उम्मीद की जाती है।
- जब रोगी/गारंटर स्टेटमेंट की तारीख के 30 दिनों के भीतर सहमत मासिक भुगतान नहीं करता है, तो खाता बकाया माना जाता है। बकाया खाते आगे की वसूली के लिए बाहरी संग्रह एजेंसी के अधीन हो सकते हैं।

अगर 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 संबंधी नीतियाँ - PFS-051/PFS-053 देखें।**

- बकाया बिल के भुगतान हेतु रोगी या गारंटर द्वारा उचित प्रयास न किए जाने की स्थिति में, PSH शेष राशि की आगे वसूली कर सकता है। इसमें वित्तीय सहायता प्रक्रिया या ऊपर वर्णित भुगतान संबंधी 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 संबंधी कार्यवाहियाँ**

- **बाहरी संग्रह एजेंसियाँ** - PSH राजस्व चक्र विभाग की ज़िम्मेदारी यह तय करने के लिए उचित प्रयास करने से पहले, बाहरी संग्रह के लिए खातों को आवंटित करना या असाधारण संग्रह कार्यवाहियों में संलग्न होना नहीं है कि क्या रोगी वित्तीय सहायता के लिए योग्य है।
  - 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 बहुत ज़रूरी है। PSH पहले बिलिंग स्टेटमेंट की तारीख के बाद कम से कम 120 दिनों की समाप्ति वाली अधिसूचना अवधि के दौरान नोटिस उपलब्ध कराएगा। अस्पताल की सुविधा किसी ऐसे व्यक्ति के खिलाफ असाधारण वसूली कार्यवाही (extraordinary collection actions, ECA) शुरू नहीं कर सकती है, जिसकी FAP संबंधी योग्यता पहले पोस्ट डिस्चार्ज स्टेटमेंट के 120 दिनों के भीतर निर्धारित नहीं की गई है।
  - खातों को संग्रह एजेंसी को सौंपे जाने पर 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 स्थापित भुगतान समझौते के बिना खातों को एजेंसी द्वारा PSH को वापस लौटा दिया जाएगा, जो उक्त एजेंसी के पास रखे जाने के 730 दिनों (दो वर्ष) के भीतर होगा।
  - PSH, 501(r) बिलिंग और संग्रहण संबंधी अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- **क्रेडिट रिपोर्टिंग** - बाहरी संग्रह एजेंसियाँ, एक्सटर्नल क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों को खातों की रिपोर्ट कर सकती हैं। PSH और बाहरी संग्रहण एजेंसियाँ सभी संग्रहण गतिविधियों के दौरान पूरे समय

उचित ऋण संग्रहण व्यवहार अधिनियम और संघीय व्यापार आयोग टेलीफोन उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम , 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, हालाँकि 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, और/या 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 संबंधी खातों से अलग से पहचाना जाना चाहिए।
  - PSH कानूनी कार्यवाही के लिए सुझाए गए सभी रोगियों को एक लिखित नोटिस भेजेगा।
  - कानूनी प्रक्रिया के लिए सुझाए गए सभी खातों की समीक्षा और मूल्यांकन 30 दिनों के भीतर किया जाएगा। मूल्यांकन अवधि के दौरान, खाता सक्रिय प्राप्य खाते (Accounts Receivable, 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।
  - अगर 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 संबंधी अनिवार्यताओं का अनुपालन करता है।
- **चिकित्सक/रोगी संबंध की समाप्ति** – यदि रोगी देखभाल के भुगतान में चूक करता है, तो PSH रोगी/चिकित्सक संबंध समाप्त कर सकता है। **रोगियों को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक या तत्काल देखभाल के लिए 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 भुगतान में चूक में निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन केवल इन्हीं तक सीमित नहीं:
    - भुगतान प्रदान करने की क्षमता के बावजूद, भुगतान न करना या बिलों का अल्प भुगतान। वित्तीय सहायता सुरक्षित करने में या जब संभव हो, तब उचित

भुगतान योजनाएँ स्थापित करने में रोगियों की मदद करने की कोशिश किए जाने चाहिए, **वित्तीय सहायता नीतियाँ** - PFS-051/PFS-053 देखें।

- सहायता प्राप्ति के लिए लागू तृतीय पक्ष भुगतानकर्ता संबंधी कार्यक्रमों में नामांकन के मकसद से राजस्व चक्र कर्मचारियों के साथ सहयोग करने से इंकार करना।
- **Medicare लागत रिपोर्ट प्रतिपूर्ति योग्य खराब ऋण** - Medicare खराब ऋण के संबंध में CMS नियामक अनिवार्यताओं के तहत तय दिशानिर्देशों और विनियमों का पालन किया जाएगा।

## संबंधित नीतियाँ और संदर्भ

यह PSH का मकसद है कि यह नीति कोई आश्चर्य नहीं अधिनियम, संघीय रजिस्टर में सेक्शन 501(r) के अंतर्गत और Medicare खराब ऋण के संबंध में CMS नियामक अनिवार्यताओं के अंतर्गत निर्धारित दिशानिर्देशों और विनियमों के अंदर है।

वित्तीय सहायता संबंधी नीतियाँ - PFS-051/PFS-053

रोगी बर्खास्तगी नीति (135-MGM)

वित्तीय जोखिम प्रक्रिया

भुगतान योजना संबंधी दिशानिर्देश

## स्वीकृतियाँ

|          |                                                        |
|----------|--------------------------------------------------------|
| अधिकृत:  | Tracy Moyer, वरिष्ठ उपाध्यक्ष और मुख्य वित्तीय अधिकारी |
| स्वीकृत: | Nicholas Haas, उपाध्यक्ष राजस्व चक्र                   |

## उत्पत्ति और समीक्षा की तारीख

उत्पत्ति की तारीख: 1/1/2008

समीक्षा की तारीख(तारीखें): 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/2023, 2/2026

संशोधित: 01/05/2008, 6/10/11, और 07/01/2016 (स्थान लेता है: रोगी जिम्मेदारी संग्रह प्रक्रिया, 10/06); 4/15/21, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/23, 2/2026

2017 Penn State Health संयुक्त नीति में परिवर्तित - निम्नलिखित St. Joseph नीतियाँ Penn State Health पॉलिसी में शामिल की गई थी:

- ADM-CRP-64- रोगी ऋण और वसूली
  - 1-10 – संग्रह

- Stewardship # 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 पेशेवर - खराब ऋण संबंधी नीति
- St. Joseph पेशेवर - विदेशी पते वाले मरीजों का प्रबंधन
- St. Joseph पेशेवर - सर्जरी और प्रक्रियाओं के लिए वित्तीय समझौता
- सेंट्रल पेन मैनेजमेंट ग्रुप (Central Penn Management Group, CPMG) - स्व-भुगतान संबंधी संग्रह

### **विषय-वस्तु समीक्षक और योगदानकर्ता**

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