PennState Health

बिरामीको ऋण तथा रकम सङ्कलनसम्बन्धी नीति	RC-002
Penn State Health को राजस्व चक्र (Revenue Cycle)	प्रभावकारी मिति: नोभेम्बर 2023

क्षेत्र तथा उद्देश्य *कागजात तल उल्लेख गरिएका Penn State Health का निम्न अङ्गहरूका मानिस तथा प्रक्रियाहरूमा लागूयोग्य हुन्छ:*

X	Penn State Health का साझा गरिएका सेवाहरू		Penn State College of Medicine
X	Milton S. Hershey Medical Center	X	चिकित्सा समूह – शैक्षिक अभ्यास विभाग (Academic Practice Division)
X	St. Joseph Medical Center	X	चिकित्सा समूह - सामुदायिक अभ्यास विभाग (Community Practice Division)
X	Holy Spirit Medical Center	X	Penn State Health Life Lion, LLC
X	Hampden Medical Center	X	Pennsylvania Psychiatric Institute – प्रभावकारी 12/23
X	Lancaster Medical Center		

नीतिसम्बन्धी विवरण

बिलिङ, रकम सङ्कलन तथा असुली जस्ता कार्यहरूको परिचालन, बिरामीका लागि सन्तोषजनक र दक्षतापूर्ण तरिकाले गर्न स्पष्ट साथै लगातार मार्गदर्शनहरू उपलब्ध गराउनु। Penn State Health (PSH) रेभेन्यु साइकल विभागले बिलिङसम्बन्धी विवरणहरू, लिखित संवाद तथा फोन कलहरूमार्फत बिमारीहरू/ग्यारेन्टी प्रदायकहरूलाई उनीहरूका वित्तीय जिम्मेवारीहरू तथा उपलब्ध वित्तीय सहायताका विकल्पहरूबारे जानकारी दिनका लागि लगनका साथ प्रयासहरू गर्ने छ साथै प्राप्त नभएको रकमलाई लिएर बिरामीहरू/ग्यारेन्टी प्रदायकहरूसित फलो अप पनि गरेर उपचारको यो वित्तीय पक्षको परिचालनमा पारदर्शितालाई सुनिश्चित गर्ने छ। यो नीतिले आन्तरिक राजस्व संहिताको धारा 501(r) र समाहित विनियोजन ऐन (Consolidated Appropriations Act), 2021 मा समावेश गरिएको "नो सर्पराइजेस् ऐक्ट (No Surprises Act)" का आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।

पञ्जीकरण, बिलिङ कर्मचारी तथा वित्तीय परामर्शदाताहरूमाथि लागू हुन्छ।

परिभाषाहरू

सामान्यतया बिल गरिएको रकम (Amount Generally Billed, AGB) को परिभाषा: सकल शुल्कहरूमाथि AGB वा परिसीमाको हिसाबकिताब PSH ले, आन्तरिक राजस्व सेवा (Internal Revenue Service, IRS) 501R अन्तर्गत फाइनल रुलको अनुसरण गर्दै, लूकब्याक मेथोडोलजी (ब्याजको हिसाब गर्ने एक तरिका) को उपयोग गरेर गरिन्छ। निजी स्वास्थ्यबीमाकर्ताहरू तथा Medicare ले भुक्तान गरेका सबै दाबीहरूको सरदर भुक्तानीको हिसाब निकाल्नका लागि PSH ले यही मेथोडोलजीको उपयोग गर्ने छ। योग्य ठहर गरिएका व्यक्तिहरूबाट आपतकालीन वा केवल चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक सेवाका लागि सामान्यतया बिल गरिने रकमहरूभन्दा अधिक रकम लिइने छैन। बिरामीहरूले अनुरोध गरेको खण्डमा, PSH ले AGB को वर्तमान हिसाबकिताबको एक लिखित प्रतिलिपि निःशुल्क उपलब्ध गराउने छ।

यसलाई कल्याण सेवा (वित्तीय सहायता) छूट सम्झिने भूल गर्नुहुँदैन, जो व्यक्तिहरूको वित्तिय सहायता कार्यक्रम (Financial Assistance Program, FAP) लाई अनुमोदित गरिएको छ भने 100% को दरमा लागू हुन्छ।

एजेन्सी प्लेसमेन्ट: डुबेको ऋणको रकम सङ्कलनका लागि बाह्य रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीहरूको सेवालाई रोकेर राखिन्छ। कुनै एकाउन्ट डुबेको ऋणको दर्जामा पुग्दा, प्रमुख वा सहायक रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीले नौ महिनाहरूसम्म रकम सङ्कलन का असफल गतिविधिहरू नचलाइन्जेल, त्यो रकमलाई सङ्कलन गर्न नसकिने रकम मानिने छैन।

ब्यालेन्स (सन्तुलित) बिलिङ – सर्पराइज (चकित तुल्याउने) बिलहरू: सङ्घीय विधेयकअन्तर्गत नो सरप्राइजेस ऐक्ट (No Surprises Act) अधीन, Penn State Health बिरामीहरूलाई सर्पराइज बिल प्राप्त गर्नुबाट बचाउनका लागि समर्पित छ, जसलाई बिरामीहरूले Penn State Health केन्द्र वा सेवा प्रदायकबाट 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) प्रदायक वा केन्द्रले बिरामीहरूलाई आउट-अफ-नेटवर्क प्रदायक वा केन्द्रले दाबी गर्ने पूर्ण रकम तथा उनीहरूको स्वास्थ्य योजना भुक्तानीका लागि सहमत भएको रकम बीचको भिन्नतालाई बिलको रूपमा पठाउँछ, तब त्यसलाई "ब्यालेन्स (सन्तुलित) बिलिङ" भनिन्छ। "सर्पराइज (चकित तुल्याउने) बिलहरू" अनपेक्षित ब्यालेन्स बिलहरू हुन्। No Surprises Act-ले बिरामीहरूलाई आउट-अफ-नेटवर्क प्रदायक वा केन्द्रबाट आकस्मिक सेवा प्राप्त गरेको, अथवा इन-नेटवर्क (योजनाअन्तर्गतको) अस्पतालमा आउट-अफ-नेटवर्क प्रदायकले उपचार गरेको स्थितिमा, अधिक रकमको बिल प्राप्त गर्नुबाट बचाउँछ। Penn State Health केन्द्र वा सेवा प्रदायक आउट-अफ-नेटवर्क (स्वास्थ्य बीमा योजनाको अनुबन्धमा नरहेका डक्टर आदि) छ भने
Penn State Health ले स्वास्थ्य बीमा योजनाले कभर गरेका आकस्मिक सेवा वा पोस्ट-स्टेबलाइजेशन (बिरामीको अवस्था स्थिर भएपछिको उपचार) सेवाहरूका लागि बिललाई ब्यालेन्स गर्ने छैन।

बिलिङ स्टेटमेन्ट वा स्टेटमेन्ट: प्रदान गरिएका सेवाहरूका लागि बिल। यो गतिविधिको सार-संक्षेप वा विस्तृत बिल हुन सक्छ, जसमा बिरामीको एकाउन्टमा हरेक शुल्कको सूची दिइएको हुन्छ।

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

- इनपेसेन्ट DOS – बिरामीलाई अस्पतालबाट छुट्टी दिइएको तारिख।
- आउटपेसेन्ट/एम्बुलेटरी DOS – प्रक्रिया गरिएको वा बिरामीले चिकित्सीय उपचार प्राप्त गरेको तारिख।

रोगको निदानसित सम्बद्ध सेवाहरू – कुनै बिमारी वा विकारको कारणको पत्तो लगाउनका लागि गरिने सेवा वा प्रक्रियाहरू। रोगको निदानसित सम्बद्ध चिकित्सीय सेवाअन्तर्गत वर्तमान समस्याको निगरानी, नयाँ लक्षणहरूको जाँच वा जाँचका असाधारण परिणामहरूको फलो अप जस्ता प्रक्रियाहरू अपनाएर बिरामीको समस्याको उपचार वा त्यसको निदान गरिन्छ। रोगको निदानसित सम्बद्ध सेवाहरूले स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई बिरामीहरूमा बिमारीहरूका गम्भीरता वा कारणबारे जानकारी उपलब्ध गराउँछन्।

ऐच्छिक सेवाहरू वा प्रक्रियाहरू – चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक छैनन् भनी PSH मेडिकल कर्मचारीले निर्धारण गरेका सेवा वा प्रक्रियाहरू।

आपतकालीन चिकित्सकीय अवस्था – यस्तो चिकित्सकीय अवस्था, जो अत्यधिक प्रचण्डताका उग्र लक्षणहरूद्वारा प्रकट भइरहेका छन् (उदाहरणार्थ, प्रचण्ड पीडा) तथा स्वास्थ्य र औषधिबारे मामुली ज्ञान भएको समझदार व्यक्तिले पनि 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 भनेर सजिलै अनुमान लगाउन सक्छ।

आकस्मिक सेवा: आपतकालीन चिकित्सकीय स्थितिमा रहेको बिरामीलाई 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 तथा/अथवा लागू पदार्थ सेवन गरेका लक्षणहरू) तथा जसको तत्काल उपचार नगरिएको खण्डमा, निम्नमध्ये कुनै एक परिणाम निस्किने पर्याप्त सम्भावना छ:
    - बिरामीको स्वास्थ्य (अथवा, गर्भवती महिलाको मामिलामा, महिला वा उसको गर्भमा रहेको शिशुको स्वास्थ्य) गम्भीर खतराको मुखेञ्जी पुग्नु अथवा
    - शारीरिक क्रियाकलापहरूसित सम्बद्ध क्षमतामाथि गम्भीर क्षति पुग्नु 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 पुर्‍याउने सम्भावना हुन्छ।

ग्यारेन्टी प्रदायक: त्यो व्यक्ति जो बिरामीको बिलका लागि वित्तीय दृष्टिले जिम्मेवार छ। कुनै वयस्क वा बन्धनमुक्त नाबालिगको मामिलामा, सामान्यतया बिरामी स्वयम् नै उसको ग्यारेन्टी प्रदायक हुन्छ। 18 वर्षभन्दा कम उमेरका शिशुहरूलाई सामान्यतया ग्यारेन्टी प्रदायकको रूपमा सूचीबद्ध गरिँदैन। नाबालिग स्वतन्त्र होइन भने कुनै नाबालिगलाई प्रदान गरिएका सबै सेवाहरूको बिल संरक्षक आमाबुवा वा कानुनी अभिभावकलाई पठाइने छ।

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

- सामान्यतया चिकित्सा पद्धतिको स्वीकृत मापदण्डहरू अनुरूप हुन्छन्।
    - यी उद्देश्यहरूको सन्दर्भमा "सामान्यतया चिकित्सा पद्धतिको स्वीकृत मापदण्डहरू-को अर्थ ती मापदण्डहरू हुन्, जो प्रासङ्गिक चिकित्सा समुदायले सामान्यतया मान्यता

प्रदान गरेको मेडिकल लिटरेचर (पत्रिका आदि) मा प्रकाशित गरिएको विश्वसनीय वैज्ञानिक प्रमाणमाथि आधारित हुन्छन् तथा जसबारे समकक्ष वर्गद्वारा समीक्षा पनि गरिएको हुन्छ अथवा ती मापदण्डहरू, जो क्लिनिकल निर्णयको मामिलासित सम्बद्ध नीतिअन्तर्गत स्थापित मापदण्डहरूअनुरूप हुन्छन्।

- प्रकार, बारम्बारता, सीमा, स्थल र अवधिलाई मध्येनजर राखेर हेर्दा, क्लिनिकल दृष्टिले उपयुक्त हुन्छ तथा बिरामीको बिमारी, चोटपटक वा रोगका लागि प्रभावकारी ठहर गरिएको हुन्छ।
- प्रमुख रूपमा बिरामी, चिकित्सक वा अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको सुविधाका लागि हुँदैन तथा वैकल्पिक सेवा वा सेवाहरूको क्रमभन्दा अधिक खर्चिलो हुँदैन, यस्ता सेवाहरूले बिरामीको बिमारी, चोटपटक वा रोगको निदान वा उपचारको दिशामा कम्तीमा पनि समान चिकित्सीय वा निदानसम्बन्धी परिणामहरू दिने सम्भावना हुन्छ।
- अनुसन्धानात्मक वा प्रयोगात्मक ठहर गरिएका सेवा, सामग्री वा प्रक्रियाहरूको निर्धारण हरेक मामिलाको आधारमा गरिन्छ।

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

- प्रयोगात्मक/अनुसन्धानात्मक सेवा वा प्रक्रियाहरू – चिकित्सीय सेवा, प्रक्रिया वा औषधिहरू जसलाई सामान्य उपयोगका लागि स्वीकृत गरिएको छैन तर तिनीहरूका सुरक्षा तथा प्रभावकारिताबारे क्लिनिकल जाँचहरूमार्फत अन्वेषण भइरहेको छ। प्रयोगात्मक तथा अनुसन्धानात्मक सेवा, प्रक्रिया वा औषधिहरूको उपयोगको उद्देश्य, रोग वा अन्य अवस्थाहरूको निदान गर्नु हो, अथवा रोगको उन्मूलन, त्यसलाई कम पार्नु, उपचार वा रोकथाम गर्नु हो।
    - उपचारसम्बन्धी प्रोटोकलहरूको विकास प्रयोगात्मक तथा अनुसन्धानात्मक सेवाहरूका लागि गरिने हुनाले, PSH रेभेन्यु साइकल विभागले चिकित्सीय आवश्यकताहरूका बारेमा बताउनका लागि भुक्तानकर्ता समुदायसित मिलेर कार्य गर्ने छ।
- कभर नगरिएका सेवा वा प्रक्रियाहरू – ती चिकित्सीय सेवा वा प्रक्रियाहरू जसलाई बिरामीको बीमा योजनाले कभर गरिँदैन।

बिरामीको जिम्मेवारी: बाँकी रहेको कुनै पनि रकम जहाँ वित्तीय दृष्टिले जिम्मेवार पक्ष बिरामी वा बिरामीको ग्यारेन्टी प्रदायक (तेस्रो पक्ष भुक्तानकर्ता होइन) हुन्छ।

- उपचारलाई विलम्बित गर्नु – उपलब्ध गराइएको उपचारका लागि बिरामीको जिम्मेवारीलाई स्थापित गर्ने यथोचित प्रयासहरूलाई बारम्बार अस्वीकार गर्ने बिरामीहरूका लागि PSH ले आपतकालीन नहुने सेवाहरू वा प्रक्रियाहरूलाई विलम्बित गर्न सक्छ तर यसमा आपतकालीन चिकित्सा उपचार र श्रम ऐन (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA)नीतिअन्तर्गत उपलब्ध गराइएको सेवालाई सामेल गरिँदैन।

प्राथमिक वा विशेषज्ञ उपचारसम्बन्धी सेवाहरू – आपतकालीन नहुने अथवा तत्काल नचाहिने चिकित्सीय सेवा वा स्थिति स्थिर भएपछि थप सेवा वा आपतकालीन चिकित्सीय अवस्थाका लागि अस्पताल आएका

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

- बिरामीको स्वास्थ्यमाथि गम्भीर जोखिम पुर्याउनु वा गम्भीर क्षति वा खराबी उत्पन्न गराउनु; अथवा
- यो कागजातमा परिभाषित गरिएसरह, यस्तो बिमारी वा चोटपटकको स्थिति उत्पन्न हुनु जसका लागि आपतकालीन सेवाहरू आवश्यक ठहर्छ।

नीति तथा प्रक्रियासम्बन्धी बयानहरू

PSH ले जाति, 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 बिरामी एकाउन्टहरूसित सम्बद्ध भुक्तान प्राप्त गर्ने कार्यलाई जारी राख्ने छ।

हरेक बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायकलाई उसको वित्तीय जिम्मेवारीबारे राम्ररी अवगत गराउन यथोचित समय तथा सर-सञ्चार उपलब्ध गराइने छ। आपात्कालीन नहुने परिस्थितिहरूमा, PSH ले बिरामीहरू/ग्यारेन्टी प्रदायकहरूलाई उनीहरूलाई उपलब्ध गराइएको सेवाका लागि उनीहरूको वित्तीय जिम्मेवारीबारे अगावै सूचित गर्ने प्रयास गर्ने छ। PSH ले कुनै ऐच्छिक सेवा उपलब्ध गराउनभन्दा पहिले, वित्तीय जिम्मेवारीलाई उठाउन नसक्ने वा यस्तो गर्नका लागि इच्छुक नहुने बिरामीको मामिलामा, आपात्कालीन नहुने सेवा (जस्तो कि PSH मेडिकल कर्मचारीले निर्धारण गरेको छ) लाई स्थगित वा खारिज गर्न सक्छ। **बिरामीहरूलाई वित्तीय सहायताका नीतिहरू – PFS-051/PFS-053** अन्तर्गत वित्तीय सहायताका लागि आवेदन गर्ने अवसर उपलब्ध गराइने छ।

कुनै अपवाद विना अटुट वित्तीय लेनदेन सुनिश्चित गर्नका लागि सर-सहयोग गर्ने साथै सबै आवश्यक प्रक्रियाहरूलाई पूरा गर्ने व्यक्तिलाई वित्तीय दृष्टिले अड्चन नभएको भनी परिभाषित गरिन्छ, यसमा निम्नलिखित कुराहरू 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, डिडक्टिबल्स तथा कभर नगरिएका शुल्कहरू)।
- तेस्रो पक्ष सुविधाहरू वा वित्तीय सहायता प्राप्त गर्ने उद्देश्यले PSH वित्तीय परामर्शदाताहरूसित मिलेर कार्य गर्नु।

- PSH का पहिलेका स्वास्थ्य उपचार सेवाहरूका लागि बिरामीले तिर्नुपर्ने बाँकी रहेका रकमहरूको भुक्तानी।

वित्तीय क्लियरेन्सका लागि PSH लाई आवश्यक जानकारी उपलब्ध गराउनमा असफलताको परिणामस्वरूप, बाँकी रहेका रकमको असुलीका लागि व्यक्तिको एकाउन्टलाई बाह्य रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीसमक्ष पठाउन सकिन्छ।

बीमाको बिलिङः

बिरामीको चिकित्सकीय बीमा कभरेजअन्तर्गत बिरामी, बीमा प्रदायक तथा/अथवा बिरामीको रोजगारदाता बीच एक अनुबन्ध गरिएको हुन्छ। Penn State Health यो अनुबन्धको हिस्सा होइन। लागू हुने स्थितिमा, PSH ले नो सर्पराइजेस् ऐन (No Surprises Act) को पालना गर्ने छ।

बिरामीहरू निम्न कुरोहरूका लागि जिम्मेवार छन्:

- अफिस भिजिटहरूका लागि रेफरल आवश्यक छ वा छैन भनेर जान्नु।
- सिफारिस गरिएको जाँचलाई उनीहरूको मेडिकल कभरेज नीतिअन्तर्गत कभर गरिने छ वा छैन, सो जान्नका लागि उनीहरूको बीमा प्रदायकसित सोधपुछ गर्नु।
- सुविधाहरूको निर्धारित समय तय गर्न तथा को-पेमेन्ट वा डिडक्टिबल लागू हुन्छ कि हुँदैन भनी जान्न, बीमा प्रदायकसित सम्पर्क गर्नु।
- नो सर्पराइजेस् (No Surprises) बिलिङ नोटिस र सहमति फारामलाई प्राप्त गर्नु तथा/अथवा त्यसमा हस्ताक्षर गर्नु।
- उपयुक्त कागजातहरूका साथ एपोएन्टमेन्टहरूमा उपस्थित हुनु।
- प्रतिकूल निर्धारणहरू विरुद्ध आवेदन गर्नका लागि हाम्रो बिजिनेस अफिससित मिलेर काम गर्नु।

बिरामीको दाबीलाई ऊसित उपलब्ध बीमा वा तेस्रो पक्ष भुक्तानकर्ता (बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायकले उपलब्ध गराएको वा पुष्टि गरेको अथवा अन्य स्रोतहरूद्वारा उपयुक्त ढङ्गमा पुष्टि गरिएको जानकारीमाथि आधारित) मार्फत समयोचित ढङ्गमा प्रोसेस गर्न अर्थात् अगाडि बढाउनका लागि उपचारका प्रावधानहरूको अनुसरण गर्दै, हरेक यथोचित प्रयास गरिने छ।

- PSH को कुनै त्रुटिको कारण भुक्तानकर्ताले वैध दाबीलाई पनि अस्वीकार गर्दछ (वा प्रोसेस गर्दैन) भने PSH ले बिरामीलाई त्यो रकमभन्दा अधिकको बिल पठाउने छैन, जुन रकम बिरामीले भुक्तानकर्ताले दाबीको भुक्तान गरेको स्थितिमा तिर्नुपर्थ्यो।
- PSH को नियन्त्रण बाहिरको कुनै कारणले गर्दा भुक्तानकर्ताले वैध दाबीलाई पनि अस्वीकार गर्दछ (वा प्रोसेस गर्दैन) भने कर्मचारीले, उपयुक्त ठहरिए, यो दाबीको समाधान निकाल्नका लागि भुक्तानकर्ता तथा बिरामीसित फलो अप अर्थात् कुराकानी गर्ने छ।
- फलो-अपका यथोचित प्रयासहरू पश्चात् पनि समाधान निस्किएन भने PSH ले बिरामीलाई बिल पठाउन सक्छ अथवा भुक्तानकर्तासितका अनुबन्धहरू अनुरूप अन्य कार्यवाहीहरू गर्न सक्छ।
- बिरामीको चिकित्सक (i) चिकित्सा आवश्यकताको कमीमा भुक्तानीकर्ता सेवाहरू कभर गर्नका लागि अस्वीकार गर्न असहमत छ भने; (ii) बिरामीको रेकर्डमा सेवाहरू चिकित्सकीय रूपमा

आवश्यक छ भन्ने कारणहरू कागजातहरू र (iii) भुक्तानीकर्तासँग पूर्व-अधिकार (लागू भएमा) का लागि प्रशासनिक प्रयासहरू सकिएका छन् भने PSH ले कभर नगरिएका सेवा वा प्रक्रियाहरूका लागि बिरामीलाई AGB छूटको बराबर स्वयम्-भुक्तानीको छूट दिन सक्छ।

पेसेन्ट बिलिङ अर्थात् बिरामीलाई बिल पठाउनुः

भुक्तानकर्ताले बीमासम्बन्धी दाबीको छिनाफाना भइसकेपछि बाँकी रहेको कुनै पनि रकमको बिल बिरामी (वा ग्यारेन्टी प्रदायक) समक्ष पठाउने छ, जो सुविधाहरूको व्याख्यामाथि आधारित हुने छ।

तेस्रो-पक्ष वा बीमा भुक्तानकर्ताको अनुपस्थितिको स्थितिमा, बिरामीहरूलाई सोझै बिल पठाइने छ। यस्ता बिरामीहरूलाई स्वयम् भुक्तान गर्ने बिरामीहरू मानिने छ। PSH ले बीमा नभएका तथा वित्तीय सहायता कार्यक्रम (FAP) का लागि योग्य वा FAP योग्य नभएका व्यक्तिहरूबाट आकस्मिक वा अन्य चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक हेरविचारका लागि सामान्यतया बिल रकम (amounts generally billed, AGB) भन्दा बढी शुल्क लिने छैन।

स्वयम् भुक्तान गर्ने बिरामीहरूलाई PSH को वित्तीय सहायता नीतिबारे जानकारी उपलब्ध गराइने छ। **वित्तीय सहायताका नीतिहरू – PFS-051/PFS-053** हेर्नुहोस्

- PSH ले उपलब्ध गराएको सेवाका लागि भुक्तान गर्न सबै ग्यारेन्टी प्रदायकहरू/बिरामीहरूले हरेक यथोचित एवम् इमानदारीपूर्ण प्रयासहरू गर्ने छन् भनी PSH अपेक्षा राख्छ।
- यसको अतिरिक्त, PSH लाई पूर्ण एवम् सही जनसाङ्ख्यिक जानकारी दिने जिम्मेवारी ग्यारेन्टी प्रदायक/बिरामीको हो। यसो गर्नमा असफलताको फलस्वरूप, रकम सङ्कलन का असाधारण कार्यवाहीहरूको उपयोग गर्न सकिन्छ।

बिरामीका अपेक्षाहरूसित सम्बद्ध मार्गनिर्देशहरूको रूपरेखा तल प्रस्तुत गरिएको छ।

निर्धारण गरिएको अर्थात् पूर्व निश्चित स्वास्थ्य उपचार सेवाहरूका लागि बिरामीको वित्तीय जिम्मेवारीः

- निर्धारण गरिने समय वा पञ्जीकरणको बेलामा बिरामीको स्वास्थ्य बीमा छैन वा उपलब्ध सुविधाहरू सीमित छन् भनी निर्धारित गरिन्छ भने त्यस स्थितिमा एकाउन्टहरूलाई वित्तीय परामर्शदातासमक्ष पठाइने छ।
  - अनुरोध गरिएको खण्डमा, वित्तीय निर्देशकहरूले सबै बिरामीहरूसमक्ष लाग्ने खर्चहरूको अनुमान प्रस्तुत गर्ने छन्।
  - बिरामीको जिम्मेवारीअन्तर्गत आउने अनुमानित रकमको भुक्तान गर्नमा ऊ असमर्थ छ भनी बिरामीले बताउँछ भने त्यस स्थितिमा वित्तीय परामर्शदाताले बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायकको पहिलेबाटै जाँच गर्न सक्छ जसमा त्यो व्यक्ति सरकारी कार्यक्रमहरू वा वित्तीय सहायताका लागि योग्य ठहरिन सक्छ वा सक्दैन भनेर जान्न सकियोस्।
  - सरकारी कार्यक्रमहरू वा वित्तीय सहायताका लागि योग्य ठहरिन सक्छ भनी निर्धारित गरिएका व्यक्तिहरूलाई आवेदन गर्ने तरिकासम्बन्धी विकल्पहरू दिइने छन्।

        - आवेदनमा अनुरोध गरिएको आवश्यक वित्तीय जानकारी PSH समक्ष उपलब्ध गराउने जिम्मेवारी त्यही व्यक्ति अर्थात् आवेदनकर्ताको हो।
        - PSH लाई वित्तीय सहायताका लागि अनुरोध गरिरहेका सबै बिरामीहरूले भुक्तान गर्नमा उनीहरूको असमर्थतालाई स्थापित गर्ने सबै आवश्यक जानकारीहरू उपलब्ध गराउनु जरूरी छ।
    - ती बिरामीहरूका लागि चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक नठहरिएका सेवाहरूलाई स्थगित राख्न वा खारिज गर्न सकिन्छ जसले सर-सहयोग गरिरहेका छैनन् वा जो उनीहरू भुक्तान गर्न सक्दैनन् वा उनीहरूलाई वित्तीय सहायताको खाँचो छ भनी स्थापित गर्नका लागि आवश्यक ठहरिएको जानकारी उपलब्ध गराएर PSH लाई मद्दत गर्न सक्दैनन्।
        - चिकित्सकीय आवश्यकताको निर्धारण PSH प्रदायक तथा मेडिकल कर्मचारीले गर्ने छन्। चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यकको परिभाषा जान्नका लागि, कृपया यो कागजातको परिभाषाहरूको खण्डमा हेर्नुहोस्।
            - वित्तीय सल्लाहकारहरूले प्रदायकहरूलाई सम्पर्क गरी बिरामीको चिकित्सकीय स्थिति र तत्काल आवश्यकता सम्बन्धमा थप जानकारी उपलब्ध गराउन आग्रह गर्ने छन्। PSH चिकित्सकीय स्टाफद्वारा चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक नभएको ठहरेको सेवाहरूलाई मात्र स्थगित वा रद्द गरिने छ। थप विवरणका लागि कृपया वित्तीय जोखिम प्रक्रिया हेर्नुहोस्।
        - PSH ले चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरू उपलब्ध गराउन जारी राख्ने छ, जसबीच वित्तीय सल्लाहकारहरूले बिरामीसँग सहकार्य गरी उसको वित्तीय दायित्वहरू पूरा गर्न सक्रिय कदम चाल्ने छन्।
    - कुनै व्यक्तिले सरकारी कार्यक्रमहरू वा वित्तीय सहायताका लागि योग्य ठहरिन आवश्यक मापदण्डहरूलाई पूरा गर्दैन भने उसका लागि मासिक भुक्तानी योजना उपलब्ध छ।
    - आवश्यक जानकारी उपलब्ध गराउन वा मासिक भुक्तानी योजना लागू गराउनमा असफलताको परिणामस्वरूप, बाँकी रहेको रकमको असुली गर्नका लागि व्यक्तिको एकाउन्टलाई बाहृय रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीसमक्ष पठाउन सकिन्छ।
    - विदेशी ठेगाना भएका बिरामीहरू - नन-एक्यूट फेसिलिटि अर्थात् दीर्घकालीन उपचार प्रदान गर्ने केन्द्रमा रहेका साथै विदेशी बीमा भएका सबै बिरामीहरूबाट सेवाको अवधिमा नै बाँकी रहेका रकमहरूको सङ्कलन गर्ने नीति, Penn State Health को रहेको छ, यसबाहेक, एक्यूट फेसिलिटिहरू अर्थात् छोटो अवधिको उपचार प्रदान गर्ने केन्द्रहरूमा बिरामीहरूको सेवामा संलग्न सबै सहयोगीहरूबाट उनीहरूले सबै प्रासङ्गिक जानकारीको सङ्कलन गर्ने छन् भनेर अपेक्षा राखिन्छ, जसमा प्रदान गरिएका सबै सेवाहरूका लागि बिरामीलाई बिल पठाउन सकियोस्।

सेवाहरूको प्रावधानको अनुसरण गर्दै, ग्यारेन्टी प्रदायकको तिर्न बाँकी रहेको रकम तथा स्वयम्-भुक्तानीअन्तर्गत तिर्न बाँकी रहेको रकमको बिल ग्यारेन्टी प्रदायकलाई पठाइने छ। यो बिलिङ स्टेटमेन्टसम्बन्धी प्रक्रियाका लागि मार्गनिर्देशहरू तल दिइएका छन्।

बिलिङ स्टेटमेन्टहरू

- अस्पताल तथा/अथवा चिकित्सकका सेवाहरूको विवरण, निम्नतम चार बढ्दो तीस दिवसीय बिलिङ साइकलहरूमा बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायकलाई पठाइन्छ।
- सबै बिरामीहरू/ग्यारेन्टी प्रदायकहरूले, कुनै पनि समयमा, आफ्ना एकाउन्टहरूको सम्बन्धमा सेवाहरूको उल्लेखसहितको विवरणका लागि अनुरोध गर्न सक्छन्।
- कुनै बिरामीले उसको एकाउन्टलाई लिएर असहमति जनाउँछ तथा उसले बिलको सम्बन्धमा प्रामाणिक कागजातहरूका लागि अनुरोध गरेको छ भने कर्मचारीले समयोचित ढङ्गले बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायकको अनुरोधलाई लिएर कार्यवाही गर्ने छन् तथा सङ्कलनका लागि त्यो एकाउन्टलाई रेफर गर्न अगाडि कम्तीमा पनि 30 दिनहरूसम्म एकाउन्टलाई रोकेर राख्ने छन्।
- सङ्कलनका कार्यलाई अगाडि बढाउन वा वित्तीय सहायताको अवसरलाई पछ्याउनका लागि रेभेन्यु साइकलका प्रतिनिधिहरू वा अनुबन्धित भेण्डरहरूले, स्टेटमेन्ट बिलिङ साइकलको अवधिमा, बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायकसित सम्पर्क (टेलिफोन, मेल, सङ्कलन पत्र वा ईमेलमार्फत) गर्ने कोसिस गर्ने छन्। बिलिङ प्रणालीअन्तर्गत, रकम सङ्कलनका प्रयासहरूको विवरणलाई बिरामीको एकाउन्टमा उल्लेख गरिन्छ। तिर्नु पर्ने बाँकी रकमको सम्बन्धमा ग्यारेन्टी प्रदायक/बिरामीसित सम्पर्क गर्ने हरेक यथोचित प्रयास गरिने छ।
- अन्तिम बिलिङ स्टेटमेन्टको सन्देशले यो सङ्केत दिन्छ कि पत्र पठाइएको मितिका 30 दिनहरूभित्र रकमको भुक्तानी गरिएन भने त्यो एकाउन्टलाई बाह्य रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीसमक्ष पठाउन सकिन्छ।
- PSH को निर्धारणअनुसार, वित्तीय सहायताका लागि PSH बिरामी वित्तीय सेवाहरू (Patient Financial Services)/भेण्डरहरूसित सक्रियताका साथ संलग्न रहेका बिरामीहरू वा ग्यारेन्टी प्रदायकहरूका एकाउन्टहरूलाई रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीसमक्ष पठाइने छैन।
- PSH बिरामी वित्तीय सेवाहरू (Patient Financial Services)/भेण्डरहरू तथा वित्तीय सहायता आवेदन प्रक्रियासित सक्रियताका साथ संलग्न रहेको बेलामा बिरामीहरू/ग्यारेन्टी प्रदायकहरूलाई बिलिङ स्टेटमेन्टहरू पठाउन जारी राखिने छ।
- PSH ले बिलिङ एवम् रकम सङ्कलन सित सम्बद्ध 501(r) मा उल्लेख गरिएका आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।
- PSH ले नो सर्पराइजेस् ऐन (No Surprises Act) का आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।

PSH मा उपलब्ध गराइएका सेवाहरूका लागि भुक्तान गर्नलाई इमानदारीका साथ यथोचित प्रयासहरू गर्ने दायित्व बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायकको हो। सरकारी सहायताका लागि आवेदन गर्न नचाहने बिरामीहरू वित्तीय सहायताका लागि योग्य ठहर हुन सक्दैनन् अथवा आम्दानीसम्बन्धी आवश्यकताहरूको स्तरभन्दा माथि रहेका तर सेवाहरूका लागि भुक्तान गर्नमा सहायता चाहिएकाहरूले भुक्तान योजनाको अनुरोध गर्न सक्छन्। भुक्तान योजनालाई स्थापित गर्नका लागि मार्गदर्शनहरू तल दिइएका छन्।

भुक्तान योजनाहरू

- बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायक आफ्नो बिलको पूर्ण रूपमा भुक्तान गर्नमा सक्दैन साथै वित्तीय सहायताका लागि पनि ऊ योग्य छैन भने PSH ले भुक्तान योजनाको व्यवस्था मिलाउन सक्छ।
- भुक्तानी योजना बाँकी रकमको आधारमा तयार गरिएको छ र PSH नेतृत्वले तोकेको उचित अवधिमा (6-24 महिना) समाधान गर्ने अनुरोध गरिएको छ। कृपया भुक्तानी योजनाका दिशानिर्देशहरू हेर्नुहोस्।
- PSH सँग औपचारिक भुक्तानी योजना अवलम्बन नगरेका व्यक्तिहरूलाई थप उठाउनका लागि बाह्य संग्रह एजेन्सीको अधीनमा राख्न सकिन्छ।
- व्यक्तिहरूबाट हरेक महिना ठीक समयमा भुक्तानीको अपेक्षा गरिन्छ।
- स्टेटमेन्ट जारी गरिएका 30 दिनहरूभित्र बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायकले मासिक भुक्तानीका लागि सहमति भएको रकम नतिरेको खण्डमा, उसको एकाउन्टलाई कर्तव्यच्युतको श्रेणीमा राखिन्छ। कर्तव्यच्युतको श्रेणीमा राखिएका यस्ता एकाउन्टहरूबाट रकम सङ्कलन गर्नका लागि बाह्य रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीको सहायता लिन सकिन्छ।

कुनै बिरामी/ग्यारेन्टी प्रदायकलाई भुक्तान गर्न नसक्ने आशङ्का छ वा घरपरिवारको आम्दानीमा परिवर्तन भएको छ भने त्यो व्यक्तिले वित्तीय सहायताका लागि आवेदन दिन सक्छ; **वित्तीय सहायताका नीतिहरू – PFS-051/PFS-053** हेर्नुहोस्।

- बाँकी रहेको रकम तिर्नका लागि बिरामी वा ग्यारेन्टी प्रदायकको तर्फबाट यथोचित प्रयासहरूको अभाव रहेको देखिएको खण्डमा, त्यो रकमको असुलीका लागि PSH ले थप प्रयास गर्न सक्छ। यसमा वित्तीय सहायतासम्बन्धी प्रक्रिया अथवा माथि बताइएको भुक्तान योजनालाई पूरा गर्नका लागि आवश्यक जानकारी उपलब्ध नगराउनु सामेल छ तर यो यतिसम्म मात्रै सीमित छैन। रकम सङ्कलन का असाधारण कार्यवाहीहरूसम्बन्धी प्रक्रियासित सम्बद्ध मार्गनिर्देशनहरूको उल्लेख तल गरिएको छ।

रकम सङ्कलन का असाधारण कार्यवाहीहरू

- **रकम सङ्कलन का बाह्य एजेन्सीहरू** – बिरामी वित्तीय सहायताका लागि योग्य ठहर हुन्छ वा हुँदैन भन्ने कुरोको निर्धारण गर्नका लागि यथोचित प्रयासहरू नगरी रकम सङ्कलन गर्ने एकाउन्टहरूलाई बाह्य एजेन्सीसमक्ष नपठाउने साथै रकम सङ्कलन गर्नका लागि असाधारण कार्यवाहीहरूमा संलग्न नहुने दायित्व PSH रेभेन्यु साइकल विभाग को हो।
    - 120/240 दिनको नियम – 120 दिनको अवधि जुन कुनै पनि व्यक्तिलाई FAP बारे सूचित गर्नु आवश्यक ठहर्छ तथा व्यक्तिले बुझाएका आवेदनलाई अगाडि बढाउनका लागि अस्पताल फेसिलिटिलाई 240 दिनको अवधि आवश्यक पर्छ। PSH ले, अधिसूचना अवधि चलिरहेको समयमा, प्रथम बिलिङ स्टेटमेन्टको तारिखपछिका निम्नतम 120 दिनहरू समाप्त भएपछि सूचनाहरू उपलब्ध गराउने छ। अस्पताल फेसिलिटिले रकम सङ्कलन गर्नका लागि असाधारण कार्यवाहीहरू (extraordinary collection actions, ECAs) लाई त्यो व्यक्ति विरुद्ध सुरु नगर्न पनि सक्छ, जसको FAP सम्बन्धी योग्यतालाई

अस्पतालबाट छुट्टी दिइएपछिको प्रथम स्टेटमेन्ट (first post discharge statement) का 120 दिनहरू अगाडिको अवधिमा निर्धारित गरिएको हुँदैन।
    - रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीसमक्ष पठाउँदा एकाउन्टहरूलाई समायोजन गरिनेछ ।
    - आवेदन पूरा होस् वा नहोस्, बिरामीले एकपल्ट FAP आवेदन बुझाइसकेपछि PSH ले बिरामी विरुद्ध कुनै पनि ECA हरूलाई स्थगित गर्ने छ।
    - बिरामी/ऋणीसित कुनै स्थापित भुक्तान सम्झौता नभएका एकाउन्टहरूलाई एजेन्सीले त्यो एजेन्सीसित प्लेसमेन्टको तारिखपछिका 730 दिनहरू (दुइ वर्षहरू) को अवधि भित्र PSH लाई फिर्ता पठाउने छ।
    - PSH ले बिलिङ एवम् रकम सङ्कलन सित सम्बद्ध 501(r) मा उल्लेख गरिएका आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।
- **<u>ऋणको विवरण पठाउनु</u>** – बाहिरका रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीहरूले एकाउन्टहरूबारे बाह्य क्रेडिट रिपोर्टिङ्ग एजेन्सीहरूसमक्ष रिपोर्ट गर्न सक्छन्। PSH तथा बाहिरका रकम सङ्कलन गर्ने एजेन्सीहरूले रकम सङ्कलन का सबै गतिविधिहरूको परिचालनमा न्यायोचित ऋण सङ्कलन पद्धति ऐन (Fair Debt Collection Practices Act) तथा सङ्घीय व्यापार आयोग टेलिफोन उपभोक्ता संरक्षण ऐन (Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act) तथा 501(r) नियामकहरूको पालना गर्ने छन्।
- **<u>ग्यारेन्टी प्रदायकको गलत ठेगाना (Bad Guarantor Address, BGA)</u>** – PSH ले युनाइटेड स्टेट्स हुलाक कार्यालय (United States Post Office, USPS) द्वारा डेलिभर गर्न अर्थात् प्रापकसमक्ष पुर्याउन नसकिएका बिरामीका सबै बिरामीहरूको सम्बन्धमा कार्यवाही गर्ने यथोचित प्रयासहरू गर्ने छ। भर्खरैको जनसाङ्ख्यिक जानकारीअनुसार BGA ठहर भएका सबै एकाउन्टहरूलाई प्लेसमेन्टभन्दा अघिका कम्तीमा पनि 120 दिनहरूका लागि अतिरिक्त फलो अपका लागि कुनै बाह्य एजेन्सीसमक्ष डुबेको ऋणको रूपमा रेफर गर्न सकिन्छ, यद्यपि अधिसूचनाका सबै आवश्यकताहरू पूरा नभइञ्जेल यी एकाउन्टहरू विरुद्ध रकम सङ्कलन का असाधारण कार्यवाहीलाई कार्यान्वित गरिने छैन। यो नीतिको उद्देश्य, 501(r) का नियामकहरूको पूर्ण रूपले पालन गर्नु हो।
- **<u>एटर्नी प्लेसमेन्ट (Attorney Placement)</u>** – तिर्नुपर्ने बाँकी रकमको सीमा तथा भुक्तान गर्ने क्षमता तथा/अथवा ग्यारेन्टी प्रदायक वा तेस्रो पक्ष भुक्तानकर्ताले भुक्तान नगरिने प्रवृत्तिलाई आधार बनाउँदै, कतिपय मामिलाहरूमा बिरामीले तिर्नुपर्ने रकमको सङ्कलन गर्नका लागि PSH ले कानुनी कार्यवाहीलाई अगाडि बढाउन सक्छ।
    - कानुनी कार्यवाही गर्नका लागि पहिचान गरिएका एकाउन्टहरूलाई रकम सङ्कलन एजेन्सीको जिम्मामा दिइएको डुबेको ऋणसित सम्बद्ध एकाउन्टहरूभन्दा अलग्गै पहिचान गरिनु पर्छ।
    - PSH ले कानुनी कार्यवाही गर्नका लागि सिफारिस गरिएका सबै बिरामीहरूलाई लिखित सूचना पठाउने छ।

- कानुनी प्रक्रियाका लागि सिफारिस गरिएका सबै एकाउन्टहरूको 30 दिनहरूभित्र समीक्षा एवम् मूल्याङ्कन गरिने छ। मूल्याङ्कनको अवधिमा, एकाउन्ट सक्रिय ए/आर (A/R) को स्थितिमा रहने छ। एकपल्ट यसलाई कानुनी एजेन्सीका लागि अनुमोदन गरिएपछि, त्यो एकाउन्टलाई डुबेको ऋणको रूपमा वर्गीकृत गरिने छ।
- फैसला/ग्रहणाधिकार अदालतको सूचना प्राप्त भएको छ भने जस्तो कि सूचनामा पहिचान गरिएको छ, त्यहीअनुसार एकाउन्टहरूमा उपयुक्त एडजस्टमेन्ट (समायोजन) गरिने छ, एकाउन्टको विवरण तयार पारेर सूचनालाई दर्ता गरिने छ।
- आवेदन पूरा होस् वा नहोस्, बिरामीले एकपल्ट वित्तीय सहायता कार्यक्रम (Financial Assistance Program, FAP) को आवेदन बुझाइसकेपछि PSH ले बिरामी विरुद्ध कुनै पनि ECA हरूलाई स्थगित गर्ने छ।
- PSH ले बिलिङ एवम् रकम सङ्कलन सित सम्बद्ध 501(r) मा उल्लेख गरिएका आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्छ।

- **<u>चिकित्सक/बिरामीसँगको सम्बन्धको अन्त</u>** – बिरामी उपचारका लागि भुक्तान गर्ने आफ्नो कर्तव्यबाट चुकेको छ भने PSH ले चिकित्सक/बिरामीसँगको सम्बन्धलाई अन्त गर्न सक्छ। **चिकित्सकीय दृष्टिले आवश्यक वा आपतकालीन उपचार प्राप्त गरिरहेका बिरामीहरूको सेवा निकालिने छैन।** बिरामीको उपचारलाई अन्त गर्नका लागि चिकित्सकीय निर्देशक, प्रबन्धक तथा चिकित्सक सहमत हुनु पर्छ साथै उनीहरू समाप्तिको तहलाई मान्नु पर्छ।
  - उपचारका 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। बिरामीहरूलाई वित्तीय सहायता प्राप्त गर्न मद्दत पुऱ्याउन अथवा सम्भव भएको खण्डमा, यथोचित भुक्तान योजनाहरू बनाउन सहायता गर्नका लागि प्रयासहरू गरिनु पर्छ, **वित्तीय सहायताका नीतिहरू – PFS-051/PFS-053** हेर्नुहोस्
    - सहायता प्राप्त गर्नका लागि, लागू हुने तेस्रो पक्ष भुक्तान कार्यक्रमहरूमा दर्ता गर्न रेभेन्यु साइकलका कर्मचारीसँग सहयोग गर्न अस्वीकार गर्नु।
- **<u>Medicare खर्चको रिपोर्ट फिर्ता हुने डुबेको ऋण</u>** – Medicare डुबेको ऋणको सम्बन्धमा, CMS नियामकका आवश्यकताहरूअन्तर्गत निर्धारित मार्गनिर्देश तथा नियामकहरूको अनुसरण गरिने छ।

सम्बन्धित नीति तथा सन्दर्भहरू

PSH को उद्देश्य No Surprises Act, धारा 501(r) अन्तर्गत सङ्घीय रेजिस्टर तथा Medicare को डुबेको ऋणको सम्बन्धमा CMS नियामकमा आवश्यकताहरूअन्तर्गत निर्धारित मार्गनिर्देश तथा नियामकहरूमा यो नीतिलाई कायम राख्नु नै हो।

वित्तीय सहायताका नीतिहरू – PFS-051/PFS-053

बिरामीको सेवा खारिज गर्ने नीति (135-MGM)
वित्तीय जोखिमको प्रक्रिया

भुक्तान योजनासम्बन्धी मार्गनिर्देशनहरू

स्वीकृति

अधिकार प्राप्त:	Paula Tinch, वरिष्ठ उपाध्यक्ष तथा प्रमुख वित्तीय अधिकारी
स्वीकृत:	Nicholas Haas, उपाध्यक्ष राजस्व चक्र

आरम्भ तथा समीक्षाको मिति

आरम्भ मिति: 1/1/2008

समीक्षाका मिति(हरू): 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/2023

संशोधित: 01/05/2008, 6/10/11 तथा 07/01/2016 (प्रतिस्थापित गर्दछ: बिरामीको जिम्मेवारी सङ्कलन प्रक्रिया, 10/06); 4/15/21, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/23

2017 Penn State Health को संयुक्त नीतिमा सामेल गरियो – St. Joseph का निम्न नीतिहरूलाई Penn State Health Policy मा समावेश गरियो:

- ADM-CRP-64 – बिरामीको ऋण तथा रकम सङ्कलन नीति
    - 1-10 – रकम सङ्कलन
    - स्टेवर्डशिप #16 – रकम सङ्कलन
- 1-3 – बिरामीको रकम सङ्कलन डुबेको ऋण
- 1-4 डुबेको ऋण/ स्वयम् भुक्तान व्यवस्थापन
- 2-8 कानुनी तवरमा एकाउन्टहरूको रेफरल
- 3-2 फैसला/ग्रहणाधिकार
- St. Joseph पेसेवार – डुबेको ऋणसम्बन्धी नीति
- St. Joseph पेसेवार – विदेशी ठेगानाहरू भएका बिरामीहरूको प्रबन्धन
- St. Joseph पेसेवार – शल्यक्रिया तथा प्रक्रियाहरूका लागि वित्तीय सम्झौता
- Community Practice Medical Group (CPMG) – स्वयम् भुक्तानको सङ्कलन

सामग्री समीक्षक तथा योगदानकर्ताहरू

अस्पताल एवम् पेसेवार रेभेन्यु साइकल परिचालनहरूका वरिष्ठ निर्देशकहरू; पेसावाल वित्तीय परामर्शदाताप्रति बिरामीको पहुँचसित सम्बद्ध प्रबन्धक