

क्रेडिट और संग्रह नीति

हॉलमार्क स्वास्थ्य प्रणाली

विषय - सूची

I. प्रस्तावना	3
II. स्वास्थ्य सेवाओं का वितरण.....	3
सामान्य सिद्धांत.....	3
अ. आपातकालीन और तत्काल सेवाएं.....	4
ब. गैर-आपातकाल, गैर-तत्काल सेवाएं.....	4
स. सेवाओं के लिए रोगियों को पेश करने वाले स्थान.....	4
III. मरीज की जानकारी संग्रह और सत्यापन.....	4
अ. आपातकालीन और तत्काल सेवाएं.....	5
ब. गैर-आपातकाल, गैर-तत्काल सेवाएं.....	5
IV. रोगी वित्तीय जवाबदेही का निर्धारण	5
अ. सामान्य सिद्धांत	5
ब. अनुमानों की तैयारी.....	5
स. बीमाकृत मरीज.....	6
द. बीमारहित रोगी (स्वयं वेतन)	6
V. रोगी लेखा और वित्तीय सलाह सेवाएं	7
अ. आम तौर पर	7
ब. वित्तीय परामर्श सेवा संचार.....	7
स. निवास.....	7
द. अस्पताल वित्तीय सहायता, छूट, चैरिटी केयर.....	7
इ. विशेष आवेदन विचार.....	7
VI. राज्य कार्यक्रम - मैसाचुसेट्स निवासी.....	8
अ. आवेदन प्रक्रिया - मेडिकल कठिनाई के अलावा सभी राज्य कार्यक्रम	8
ब. आवेदन प्रक्रिया - एचएसएन - चिकित्सा कठिनाई	8
स. राज्य कार्यक्रम के तहत कवरेज के लिए अनुमोदन.....	8
द. एक लंबित एचएसएन / मास हेल्थ एप्लिकेशन के प्रभाव	8
इ. अपील का परिणाम.....	8
ई. एचएसएन - कम आय रोगी पात्रता और कवरेज विचार	9
VII. गैर-मैसाचुसेट्स निवासी.....	10
अ. गैर-मैसाचुसेट्स यू.एस. निवासी.....	10
ब. अंतर्राष्ट्रीय रोगी.....	11
VIII. भूगतान की व्यवस्था.....	11

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति	
अ. आम तौर पर	11
ब. भुगतान के फार्म	11
स.मुद्रा	11
द.भुगतान योजनाएं	11
द. जमा.....	12
IX. रोगी भुगतान संग्रह.....	12
अ.सामान्य सिद्धांत	12
ब. अस्पताल बिलिंग व्यवहार, रोगी विवरण, पत्र, और कॉल सहित	12
स.सरचार्ज नोटिस.....	14
द. विशेष संग्रह स्थिति.....	14
इ.विशेष खाता प्रोसेसिंग संबंधी विचार	14
X. खराब ऋण का प्लेसमेंट	15
अ खराब ऋण में खाता का स्थानांतरण.....	15
ब. संग्रह एजेंसियां	15
स. असाधारण संग्रह क्रिया (ईसीए).....	15
XI. क्रेडिट बकाया और रिफंड	15
XII. गंभीर महत्वपूर्ण घटनाक्रम (SREs)	15
XIII. स्वास्थ्य बीमा की योग्यता और उत्तरदायित्व अधिनियम के साथ अनुपालन (HIPAA).....	16
XIV. रोगी अधिकार और जिम्मेदारियां	16
XV. क्रेडिट और संग्रह नीति का प्रकाशन	16
XVI. बोर्ड स्वीकृति	16

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति

I. प्रस्तावना

यह क्रेडिट और संग्रह नीति हॉलमार्क स्वास्थ्य पर लागू होती है, जिसे आमतौर पर इस नीति के दौरान "अस्पताल" कहा जाता है। हॉलमार्क हेल्थ में मेलरोसे-वेकफील्ड अस्पताल, एक गैर-लाभकारी, पूर्ण सेवा अस्पताल है जिसमें एक पूर्ण सेवा अस्पताल, 585 लेबनान स्ट्रीट, मेलरोस, एमए 02176 और लॉरेस मेमोरियल हॉस्पिटल, 170 पूर्ण गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155 में स्थित है। हॉलमार्क हेल्थ सभी लोगों के लिए, भुगतान करने की क्षमता की परवाह किए बिना चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल प्रदान करने वाली एक फ्रंट लाइन संस्था है। हॉलमार्क हेल्थ उन सभी रोगियों को, दिन में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दिन और 365 दिन एक वर्ष में यह देखभाल प्रदान करता है जो हमारी सुविधा में आते हैं।

हॉलमार्क हेल्थ, अपनी सेवाएं प्रदान करने में किसी भी पहचान स्वास्थ्य नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, नागरिकता, अलगवा, धर्म, पंथ, लिंग, यौन अभिविन्यास, लिंग पहचान, उम्र, विकलांगता, मादक द्रव्यों के सेवन, सामाजिक-आर्थिक स्थिति, बीमा की कमी, या शारीरिक के आधार पर भेदभाव नहीं करेगा। यह अधिग्रहण और वित्तीय जानकारी, पूर्व-प्रवेश या पूर्व-उपचार जमा, भुगतान योजनाएं, स्थगित सेवाओं या प्रवेश, कम आय वाले रोगी की स्थिति, और बिलिंग और संग्रह प्रथाओं के अधिग्रहण और सत्यापन के बारे में अस्पताल की नीतियों के दोनों तरीकों और आवेदन पर लागू होता है।

यह क्रेडिट और संग्रह नीति अस्पताल की परिसंपत्तियों के संरक्षण और उसके संचालन के लिए एक ठोस वित्तीय आधार बनाए रखने से संबंधित है, जबकि एक ही समय में हमारे समुदाय की जरूरतों और रोगी जिनकी सेवा हम करते हैं दोनों के बीच संतुलन बनाये रखती है। इस नीति ने स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के भुगतान के लिए मरीजों को भुगतान करने की क्षमता के अनुसार, और तृतीय पक्ष बीमा कंपनियों, रोगियों, उनके गारंटर्स, और दूसरों से भुगतान एकत्र करने के लिए, जानकारी प्राप्त करने और उनकी पुष्टि करने के लिए अस्पताल के सामान्य दिशानिर्देश तैयार किए हैं। अस्पताल की नीति इन कार्यों को निष्पादित करने और इसके अभ्यास को अद्यतन करने के लिए लागू राज्य और संघीय कानून के तहत आवश्यकताओं का पालन करना है क्योंकि ऐसे कानूनों में समय-समय पर संशोधन किया जाता है।

जिन रोगियों के पास साधन हैं उन्हें हॉलमार्क हेल्थ द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए भुगतान करना अपेक्षित है। यह नीति यह मानती है कि जो रोगी सस्ती बीमा तक पहुंच रखते हैं वे अपने कवरेज के लिए आवेदन करेंगे और बनाए रखेंगे। इस मामले में मरीज भुगतान करने में असमर्थ हैं, अस्पताल उन्हें जब भी उचित हो वैद्यकीय रूप से आवश्यक सेवाओं के लिए, सरकारी कार्यक्रमों और अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने में सहायता करता है। व्यवहार्य बने रहने के लिए, क्योंकि यह अपने मिशन को पूरा करता है, हॉलमार्क स्वास्थ्य को रोगियों के लिए प्रदान की जाने वाली चिकित्सा सेवाओं के लिए उचित बिल और एकत्रित करने के लिए अपनी भरोसेमंद जिम्मेदारी को पूरा करना होगा। इस क्रेडिट और संग्रह नीति को लागू कानूनों का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए विकसित किया गया था, लेकिन यह सीमित नहीं है: (1) राज्य के स्वास्थ्य सुरक्षा नेट पात्रता विनियमन (101 C.M.R. § 613.00); (2) 111 M.G.L. § 228; (3) मेडिकेयर और मेडिकेड सर्विसेज ("सीएमएस") के लिए मेडिसर खराब ऋण आवश्यकताएं (42 C.F.R. § 413.89); and (4) आंतरिक राजस्व संहिता की धारा 501 (आर)। बोर्ड ऑफ न्यासी ने अस्पताल के मुख्य वित्तीय अधिकारी को यह सुनिश्चित करने के लिए उत्तरदायी बनाया कि इस क्रेडिट और संग्रह नीति की एक मौजूदा इलेक्ट्रॉनिक प्रतिलिपि, स्वास्थ्य सुरक्षा नेट कार्यालय के साथ फाइल है जिसमें समर्थन दस्तावेज और प्रदर्शन शामिल हैं।

यह नीति परिशिष्ट ए - हॉलमार्क स्वास्थ्य स्थान, भाग लेने वाली संस्थाओं में निर्धारित स्थानों पर अस्पताल द्वारा वितरित और बिल की गई सेवाओं पर लागू होती है। यह नीति परिशिष्ट बी - हॉलमार्क स्वास्थ्य प्रदाता संबद्ध सूची, गैर-भाग लेने वाली संस्थाओं में सूचीबद्ध संस्थाओं द्वारा प्रदत्त सेवाओं और सेवाओं पर लागू नहीं होती है, यहां तक कि ऐसी परिस्थितियों में भी, जहां ऐसी सेवाएं परिशिष्ट ए में उल्लिखित अस्पताल के स्थानों में दी जा सकती हैं।

II. स्वास्थ्य सेवा की डिलीवरी

A. सामान्य सिद्धांत

अनुसूचित उपचार के लिए पेश सभी रोगियों का मूल्यांकन इस खंड में शामिल वर्गीकरण के अनुसार किया जाएगा। आपातकालीन या तत्काल सेवाएं (जैसा कि नीचे अनुभाग II (बी) में परिभाषित किया गया है) रोगी, उनके बीमा कवरेज, या भुगतान करने की क्षमता की पहचान करने की अस्पताल की क्षमता के आधार पर इनकार नहीं किया जाएगा या विलंब नहीं किया जाएगा। हालांकि, गैर-आपातकाल, गैर-तत्काल सेवाएं (जैसा कि नीचे अनुभाग II (सी) में परिभाषित किया गया है) उन मामलों में जब अस्पताल सेवाओं के लिए भुगतान स्रोत निर्धारित करने में असमर्थ हो, मरीज के उपचार कक्ष चिकित्सक के परामर्श के आधार पर अनिश्चित समय तक स्थगित हो सकता है। प्रत्येक रोगी के नैदानिक लक्षणों के साथ जुड़े उपचार की तात्कालिकता एक चिकित्सकीय पेशेवर द्वारा स्थानीय, राज्य और देखभाल के राष्ट्रीय नैदानिक मानकों के अनुसार और अस्पताल की चिकित्सा कर्मचारी नीतियों और प्रक्रियाएं निर्धारित की जाएगी। यह ध्यान रखना जरूरी है कि रोगियों की चिकित्सा शर्तों का वर्गीकरण नैदानिक प्रबंधन उद्देश्यों के लिए ही है, और ऐसे वर्गीकरण उस आदेश को संबोधित करने के लिए होता है जिसमें अस्पताल के नैदानिक कर्मचारी अपने वर्तमान नैदानिक लक्षणों के आधार पर रोगियों को देखना चाहिए। ये वर्गीकरण रोगी की चिकित्सा स्थिति के चिकित्सा मूल्यांकन को प्रतिबिंबित नहीं करता है जैसा कि अंतिम निदान में दर्शाया गया है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति

B. आपातकालीन और तत्काल सेवाएं

इस नीति में उल्लिखित "आपातकालीन सेवाएं" में शामिल हैं: चिकित्सा संबंधी स्थिति की शुरुआत के बाद उपलब्ध चिकित्सा सेवाओं, चाहे शारीरिक या मानसिक, गंभीर दर्द के लक्षणों के कारण स्वयं को प्रकट करना, चाहे शीघ्र चिकित्सकीय ध्यान के अभाव में उचित हो किसी विवेकपूर्ण व्यक्ति द्वारा उम्मीद की जानी चाहिए जिसके पास स्वास्थ्य और दवा का औसत ज्ञान है, जिसके परिणामस्वरूप व्यक्ति के स्वास्थ्य या किसी अन्य व्यक्ति को गंभीर खतरा, शारीरिक क्रिया में गंभीर हानि या किसी शरीर के अंग या भाग की गंभीर नस्लीय या इसके संबंध में एक गर्भवती महिला, 42 यूएससी में आगे परिभाषित § 13 9 5 9 (ई) (1) (बी) एक मेडिकल स्क्रीनिंग परीक्षा और आपातकालीन चिकित्सा स्थिति के लिए किसी भी स्थिर उपचार सहित, जिसमें इम्तला (42 यूएससी। § 1395 (डीडी)) के तहत अपेक्षित सीमा तक पहुंचने वाले रोगी चिकित्सा देखभाल या किसी अन्य ऐसी सेवा सहित, लेकिन इसमें सीमित नहीं है, आपातकालीन सेवाएं के रूप में उत्तीर्ण होते हैं।

इस नीति में उल्लिखित "तत्काल सेवा" में शामिल हैं: चिकित्सकीय स्थिति की अचानक शुरुआत होने के बाद, चिकित्सा या मानसिक, जो पर्याप्त गंभीरता (तीव्र दर्द सहित) के तीव्र लक्षणों से प्रकट होने पर चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं प्रदान की जाती हैं, जो कि एक विवेकपूर्ण व्यक्तित्व का मानना है कि 24 घंटों के भीतर चिकित्सा सहायता की अनुपस्थिति में रोगी के स्वास्थ्य को खतरे में डालने, शारीरिक कार्य करने के लिए हानि, या किसी भी शारीरिक अंग या भाग के दोष के कारण परिणामस्वरूप अपेक्षा की जाती है। तत्काल सेवाएं ऐसी परिस्थितियों के लिए प्रदान की जाती हैं जो जीवन की धमकी नहीं दे रहे हैं और किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य के गंभीर नुकसान का उच्च जोखिम नहीं डालती हैं।

इम्तला स्तर आवश्यकताएं: संघीय आपातकालीन चिकित्सा उपचार और श्रम अधिनियम (एएमटीएएलए) के अनुसार, अस्पताल को सभी व्यक्तियों के लिए एक मेडिकल स्क्रीनिंग परीक्षा प्रदान करने की आवश्यकता होती है जो अस्पताल के आपातकालीन विभाग से उपस्थित होते हैं जो चिकित्सा की स्थिति की देखभाल के लिए अनुरोध करते हैं, और सभी व्यक्तियों के लिए जो अस्पताल की संपत्ति पर मौजूद हैं, यह निर्धारित करने के लिए कि क्या कोई व्यक्ति किसी आपातकालीन चिकित्सा स्थिति का सामना कर रहा है या नहीं, यह सुनिश्चित करने के लिए आपातकालीन चिकित्सा स्थिति की देखभाल का अनुरोध करते हैं। यदि अस्पताल में एक चिकित्सक या अन्य योग्य मेडिकल कर्मियों का निर्धारण होता है कि एक मरीज को एक आपातकालीन चिकित्सा स्थिति का सामना करना पड़ रहा है, तो अस्पताल आगे इम्तला के तहत अपनी क्षमता और क्षमताओं के भीतर इलाज स्थिर करने के साथ व्यक्ति को प्रदान करने के लिए बाध्य है। इम्तला के तहत जरूरी चिकित्सालयी स्थिति को स्थिर करने के लिए आवश्यक उचित चिकित्सा जांच परीक्षा के साथ-साथ अस्पताल की सेवाओं की सीमा भी आवश्यक है, जो कि इसमें शामिल हो सकते हैं लेकिन प्रवेश के लिए सीमित नहीं है, रोगी को प्रदान किया जाता है चिकित्सकीय या अस्पताल के योग्य मेडिकल कर्मियों द्वारा किए गए आकलन के आधार पर, जैसा कि मेडिकल रिकॉर्ड में दर्ज किया गया है।

C. गैर-आपातकाल, गैर-तत्काल सेवाएं

इस नीति में उल्लिखित "गैर-आपातकालीन, गैर-तत्काल सेवाओं" में आम तौर पर या तो चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं शामिल हैं जो इस नीति की धारा 11 (बी) में निर्दिष्ट आपातकाल या तत्काल सेवाओं की परिभाषा को पूरा नहीं करते हैं, या सेवाएं जिसका उपचार करनेवाले चिकित्सक ने निर्धारण किया है जैसे कि नॉन मेडिकल सेवाएं (जैसे, सामाजिक, शैक्षिक, या व्यावसायिक, कॉस्मेटिक सर्जरी, अनुसंधान, और अन्य) वैद्यकीय रूप से आवश्यक नहीं हैं (सेवाओं की पिछली श्रेणी को इस नीति में गैर-चिकित्सा संबंधी आवश्यक सेवाओं के रूप में वर्णित किया जा सकता है)। मरीज को आम तौर पर, लेकिन विशेष रूप से नहीं, इन सेवाओं को अग्रिम रूप से निर्धारित किया जाता है अस्पताल उन मामलों में गैर-आपातकालीन, गैर-तत्काल सेवाओं के साथ एक रोगी प्रदान करने से इनकार कर सकता है जब अस्पताल सेवाओं के लिए भुगतान का निर्धारण करने में सफल नहीं होता है।

D. सेवाओं के लिए रोगियों को पेश करने वाले स्थान

संदर्भ परिशिष्ट ए

III. मरीज की जानकारी संग्रह और सत्यापन

अस्पताल में पूर्ण और समय पर बीमा और जनसांख्यिकीय जानकारी प्रदान करने और यह जानना मरीज का दायित्व है कि उनकी बीमा पॉलिसी द्वारा कौन से सेवाएं शामिल हैं अस्पताल सभी रोगियों की सकारात्मक पहचान करने और देखभाल के लिए हर रोगी की पूरी जनसांख्यिकीय और वित्तीय जानकारी प्राप्त करने, रिकॉर्ड करने, और सत्यापित करने के लिए मेहनती प्रयास करेगा। प्राप्त की जाने वाली जानकारी में जनसांख्यिकीय जानकारी (जैसे कि रोगी का नाम, पता, टेलीफोन नंबर, सामाजिक सुरक्षा नंबर, लिंग, जन्म तिथि, और अन्य लागू रोगी जानकारी) और स्वास्थ्य बीमा जानकारी (नाम और पता, नीति संख्या, समूह संख्या, सबस्क्राइबर की जानकारी और सह-भुगतान, कटौती, और सह-बीमा जैसी लाभकारी जानकारी) जो सेवाओं के लिए भुगतान सुरक्षित करने के लिए पर्याप्त हैं। अस्पताल के लिए पूरी जानकारी प्राप्त करने की आवश्यकता रोगी की तत्काल स्वास्थ्य देखभाल की प्राथमिकता लेने की जरूरत के साथ रोगी की स्थिति को ध्यान में रखेगी। मरीजों के लिए, सेवाओं के प्रावधान, छुट्टी पर, या संग्रह प्रक्रिया के दौरान किसी भी समय सत्यापन हो सकता है। बाहरी रोगियों के लिए, रोगी को गैर-आपातकालीन, गैर-अत्यावश्यक सेवाएं प्राप्त करने या संग्रह प्रक्रिया के दौरान सत्यापन प्राप्त हो सकता है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति

A. आपातकालीन और तत्काल सेवाएं

इम्तला की आवश्यकताओं के अनुरूप पंजीकरण और आपातकाल और तत्काल रोगियों का सेवन किया जाएगा आम तौर पर, रोगी जनसांख्यिकीय और बीमा जानकारी अस्पताल की सामान्य पंजीकरण प्रक्रिया के अनुसार एकत्र की जा सकती है, जब तक इस तरह के संग्रह किये जा रहे हैं उस से चिकित्सा जांच परीक्षा और / या किसी भी स्थिर इलाज के प्रावधान में विलंब नहीं होता है। जहां एक मरीज सेवा के समय और रोगी संविदाओं में जनसांख्यिकीय या बीमा जानकारी प्रदान करने में असमर्थ है, उसके साथ रिश्तेदारों या दोस्तों के साथ साक्षात्कार करने के लिए हर संभव प्रयास किया जाना चाहिए या रोगी द्वारा पहचाना जा सकता है। जहां व्यावहारिक, रोगी द्वारा प्रदान की गई बीमा जानकारी को इलेक्ट्रॉनिक साधनों या अन्य उपलब्ध तरीकों के माध्यम से दाता के साथ की जानी चाहिए। किसी भी परिस्थिति में, किसी भी स्थिर उपचार की शुरुआत के लिए, अस्पताल के कर्मचारियों ने मरीज की बीमा स्थिति की पुष्टि, तीसरे पक्ष के दाताओं से पूर्व-स्वीकृति प्राप्त करने, या चिकित्सा जांच परीक्षा से पहले रोगी की वित्तीय जिम्मेदारी के रूप में दिया जाना चाहिए।

B. गैर-आपातकाल, गैर-तत्काल सेवाएं

गैर-आपातकाल के पंजीकरण और सेवन, गैर-तत्काल रोगियों को सेवाओं से पहले पेश किया जाना चाहिए। रिटर्निंग या स्थापित मरीजों में भी जनसांख्यिकीय, बीमा और वित्तीय जानकारी की समीक्षा की जाएगी और इसकी आवश्यकता के अनुसार अपडेट किया जाएगा, जिसमें लागू हो, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य उपलब्ध तरीकों के माध्यम से उनके बीमा की स्थिति का सत्यापन। पंजीकरण के साथ बीमा और जनसांख्यिकीय जानकारी को अद्यतन करने के लिए मरीजों की जिम्मेदारी है।

IV. रोगी वित्तीय जवाबदेही का निर्धारण

A. सामान्य सिद्धांत

अस्पताल रोगी की देखभाल के दौरान मरीज की वित्तीय जिम्मेदारी निर्धारित करने के लिए जल्द से जल्द संभवतः प्रयास करने के लिए मेहनती प्रयास करेगा; बशर्ते कि, इम्तला के साथ संगत किसी भी स्थिर उपचार की जांच और आरंभिक दीक्षा, रोगी की वित्तीय जिम्मेदारी निर्धारित करने के लिए गतिविधियों से पहले आपातकालीन या तत्काल रोगियों के लिए पूरा हो जाएगा। जो रोगी प्रबंधित देखभाल स्वास्थ्य योजना के सदस्य हैं, या विशिष्ट एक्सेस आवश्यकताओं के साथ बीमा योजनाएं उनकी सभी बीमा योजना आवश्यकताओं को समझने और पालन करने के लिए जिम्मेदार हैं, जिसमें रेफरल, प्राधिकरण, गैर-कवर किए गए लाभ और अन्य 'नेटवर्क' प्रतिबंध शामिल हैं। अस्पताल जब भी संभव हो तो बीमाकर्ता से भुगतान की किसी भी आवश्यक पूर्व-स्वीकृति, प्राधिकरण, या गारंटी की अनुरोध करता है। कुछ परिस्थितियों में, आपातकालीन या तत्काल सेवाओं सहित, ये रेफरल और प्राधिकरण सेवा वितरण के बाद हो सकते हैं। सभी रोगियों, जो सेवाओं के लिए एक शेष राशि का भुगतान करते हैं, उन्हें हॉलमार्क स्वास्थ्य की अपनी वित्तीय जिम्मेदारी को पूरा करने में सहायता करने के लिए वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में सूचित किया जाएगा।

B. अनुमान तैयार करना

एक गैर-आपातकालीन, गैर-तत्काल सेवा के वितरण से पहले एक रोगी द्वारा अनुरोध पर, अस्पताल सेवा के लिए अनुमत राशि या प्रभार का अनुमान प्रदान करेगा जिसमें किसी सुविधा फीस की राशि भी शामिल है। अनुमान की जानकारी इकट्ठी की जाती है और फिर अस्पताल द्वारा ऐतिहासिक औसत अनुमत मात्रा या आरोपों का अनुमानित चिकित्सा या सर्जिकल सेवा के आधार पर और यदि लागू हो, रहने का अनुमानित लंबाई अस्पताल की क्षमता का सबसे अच्छा करने के लिए, अनुमान, सह-भुगतान, कटौती, और सह-बीमा सहित, रोगी की जिम्मेदारी को ध्यान में रखेगा। अनुमान परिशिष्ट बी में सूचीबद्ध संगठनों द्वारा वितरित और बिल किए जाने वाले सभी सेवाओं को ध्यान में नहीं लेते हैं। अतिरिक्त शेष प्रक्रियाएं जो जटिल प्रक्रियाओं, परीक्षाओं और / या मूल्यांकनों की आवश्यकता हो सकती हैं, उन्हें विस्तारित परिस्थितियों के कारण रोगियों को प्रदान किए गए अनुमान से भिन्न हो सकता है। अनुमानों को उम्मीदवार भविष्य के उपचार और नैदानिक देखभाल के लिए उचित रूप से पहचान करने के लिए रोगी और उपचार चिकित्सक की भागीदारी की आवश्यकता है। एक बार अनुमान लगाने के लिए जरूरी नैदानिक सेवाओं की पहचान की जाने पर, अस्पताल के पास दो (2) व्यावसायिक दिनों के अनुरोध की तिथि से अनुमान को अंतिम रूप देने और रोगी को जवाब देना होता है। भुगतान विकल्प के साथ मरीज को अंतिम अनुमान दिया जाता है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति

C. बीमाकृत रोगी

अस्पताल रोगी के बीमा की स्थिति को सत्यापित करने और रोगी को उनके स्वास्थ्य बीमा योजना की आवश्यकताओं के पालन करने के लिए मेहनती प्रयास करेगा। आवश्यक होने पर, अन्य प्रदाताओं के रेफरल प्राप्त करने के लिए रोगी जिम्मेदार हैं। बीमा सत्यापन, उपरोक्त धारा III में उल्लिखित सिद्धांतों के अनुसार होगा। जब भी संभव हो, इस सत्यापन में रोगी की अपेक्षित वित्तीय जिम्मेदारी का निर्धारण शामिल होगा, जिसमें सह-भुगतान, कटौती, और सह-बीमा शामिल है। जहां व्यावहारिक और नैदानिक रूप से उचित है, गैर-आपातकालीन, गैर-तत्काल सेवा से जुड़े किसी भी पूर्वनिर्धारित मात्रा का भुगतान (सह-भुगतान, निश्चित कटाई) का भुगतान सेवा की तिथि से पहले या उससे पहले रोगी से सुरक्षित होगा। जहां व्यावहारिक और नैदानिक रूप से उचित है, अस्पताल एक आपातकालीन या तत्काल रोगी से चिकित्सा जांच परीक्षा के बाद सह-भुगतान एकत्र कर सकते हैं। कुछ मामलों में, मरीज की बीमा योजना और कवरेज के प्रकार, गाड़ी की सेवाओं की पूर्ति से पहले रोगी की वित्तीय जिम्मेदारी के सही निर्धारण के लिए अनुमति नहीं दे सकते। उन मामलों में, अस्पताल रोगी की अपेक्षित वित्तीय जिम्मेदारी के अपने सबसे अच्छे अनुमान के बराबर एक जमा राशि का अनुरोध कर सकता है। कोई भी मरीज आपातकालीन, गैर-तत्काल सेवा प्राप्त करने या किसी आपातकालीन या तत्काल सेवा की प्राप्ति के बाद भुगतान करने में असमर्थ हो तो वे वित्तीय सलाहकारों से सलाह ले सकते हैं।

1) अनुबंधित बीमा योजनाएं: कई बीमा योजनाओं के साथ अस्पताल अनुबंध। उन मामलों में, अस्पताल सभी कवर सेवाओं के लिए बीमा योजना से भुगतान करना चाहता है। अपने आउट-जेब की लागतों को स्थापित करने में रोगियों की सहायता के लिए, अस्पताल, रोगी के अनुरोध पर प्रस्तावित गैर-आपातकालीन, गैर-तत्काल सेवा के बारे में पर्याप्त जानकारी प्रदान करेगा। अगर किसी विशेष सेवा को बीमाकर्ता द्वारा भुगतान न करने के लिए कवर नहीं किया जाता है या अन्यथा अस्वीकार किया जाता है, तो संबंधित बीमा अनुबंध के अनुसार, उस सेवा के लिए भुगतान सीधे रोगी से मांगा जाएगा। जब भी संभव हो, अस्पताल रोगी को अपील करने वाले या अन्य प्रतिकूल फैसले में अपनी बीमा योजना को पहचानने में सहायता करेगा कि बीमा योजना में अक्सर इन अपीलों को रोगी द्वारा बनाया जाना आवश्यक होता है।

2) गैर-अनुबंध बीमा योजना: अस्पताल उन मामलों में रोगी की बीमा कंपनी को बिलिंग करने के सौजन्य का विस्तार करेगी जहां अस्पताल में बीमाकर्ता के साथ कोई अनुबंध नहीं है। हालांकि अस्पताल मरीज की बीमा योजना को बिल देगा, परम वित्तीय जिम्मेदारी मरीज या गारंटर (मरीज की निजी वित्तीय दायित्वों के लिए जिम्मेदार पार्टी) के साथ होती है। समय-समय पर अस्पताल के बिल को जवाब देने में बीमाकर्ता की असफलता का परिणाम मरीज को सीधे उन सेवाओं के लिए भेजा जा सकता है, जहां उन रोगियों को संग्रह कार्यों से सुरक्षित रखा गया है (धारा 9 (बी) (6))। किसी भी बीमा भुगतान के बाद मरीज को बिल भेजा जाएगा। जब भी संभव हो, अस्पताल रोगी को अपील करने वाले या अन्य प्रतिकूल फैसले में अपनी बीमा योजना को पहचानने में सहायता करेगा कि बीमा योजना में अक्सर इन अपीलों को रोगी द्वारा बनाया जाना आवश्यक होता है।

D. बीमारहित रोगी (स्वयं वेतन)

जिन रोगियों के पास स्वास्थ्य बीमा नहीं है, और मैसाचुसेट्स हेल्थ सेफ्टी नेट (एचएसएन) के तहत "निम्न आय रोगी" के रूप में पहले से योग्य निर्धारित नहीं किए गए हैं, जैसा कि नीचे अनुभाग VI (एफ) में वर्णित है, उन्हें भुगतान प्रदान करने के लिए कहा जाएगा ऐसे मामलों में पूर्ण रूप से जहां शुल्क का अनुमान उपलब्ध है। जब कोई अनुमान उपलब्ध नहीं होता है, तो अस्पताल में गैर-आपातकालीन, गैर-तत्काल सेवाओं की प्राप्ति के पूर्व पूर्व निर्धारित जमा प्राप्त की जाएगी। यदि मरीज प्री-पेमेंट प्रदान नहीं करता है या डिपॉजिट का भुगतान करने में असमर्थता को इंगित करता है, तो मरीज को वित्तीय सलाहकारों को भेजा जा सकता है।

अपरिवर्तित मरीजों को राज्य और संघीय कार्यक्रमों के लिए अपनी पात्रता निर्धारित करने के लिए वित्तीय सलाहकारों को भेजा जाएगा, और यदि पात्र हों, तो वित्तीय सलाहकार ऐसे रोगियों को ऐसे कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने में सहायता करेंगे। इसमें मैसाचुसेट्स के निवासियों ने मैसाचुसेट्स हेल्थ कनेक्टर के कॉमनवेल्थ के माध्यम से आवेदन किया है। किसी भी सरकारी कार्यक्रम की संभावित उपलब्धता के अलावा, सभी बीमारहित रोगियों को हॉलमार्क हेल्थ फाइनेंशियल असिस्टेंट पॉलिसी

<https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html> के तहत उपलब्ध संभावित वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के बारे में जानकारी प्रदान की जाएगी। 781-338-7111 पर अस्पताल के वित्तीय सलाहकारों के साथ समय-समय पर कॉल करके परामर्श लिया जा सकता है।

V. रोगी लेखा और वित्तीय सलाह सेवाएं

A. आम तौर पर

अस्पताल परामर्श और सहायता प्रदान करने के लिए उन रोगियों की पहचान करने के लिए मेहनती प्रयास करेगा जो बीमारहित या बीमागत हो सकते हैं। अस्पताल इन रोगियों और उनके परिवारों को वित्तीय परामर्श प्रदान करेगा, जिसमें कवरेज के अन्य स्रोतों जैसे कि संघीय या राज्य सरकार के कार्यक्रमों के लिए पात्रता के लिए स्क्रीनिंग और अस्पताल के बिल के भुगतान के सभी स्वीकार्य तरीकों के बारे में जानकारी प्रदान करना शामिल है। यदि अतिरिक्त वित्तीय सहायता की आवश्यकता है, तो रोगी लेखा विभाग मरीजों को छूट या अन्य समायोजन का विस्तार कर सकता है यदि वे हॉलमार्क हेल्थ फाइनेंशियल असिस्टेंस पॉलिसी के तहत योग्य हैं सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए रोगी की कई ज़िम्मेदारियां हैं, जिनमें सभी आवश्यक और सटीक दस्तावेज प्रस्तुत करने का दायित्व भी शामिल है। जहां मरीज मैडिकार सहित संघीय कार्यक्रमों के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं, अस्पताल संभावित कार्यक्रमों के रोगी को सलाह देगा और उपयुक्त होने पर आवेदन और दस्तावेज़ीकरण में सहायता करेगा।

B. वित्तीय परामर्श सेवाओं का संचार

अस्पताल व्यापक रूप से वित्तीय सहायता कार्यक्रमों की उपलब्धता के बारे में जानकारी का प्रचार करता है, जिसमें सहायता के लिए कहां जाना चाहिए। कृपया अतिरिक्त जानकारी के लिए हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति का संदर्भ लें <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>

C. निवास

रेजीडेंसी राज्य, संघीय और अस्पताल के वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के तहत उपलब्ध वित्तीय सहायता पात्रता का एक निर्धारक है। कृपया अतिरिक्त जानकारी के लिए हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति का संदर्भ लें <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>।

D. अस्पताल वित्तीय सहायता, छूट, चैरिटी केयर

रोगियों को पहले राज्य और / या संघीय कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। यदि रोगी इन कार्यक्रमों के लिए योग्य नहीं हैं, तो हॉलमार्क हेल्थ फाइनेंशियल असिस्टेंस पॉलिसी के तहत वित्तीय सहायता उपलब्ध हो सकती है।

E. विशेष आवेदन विचार

1) गोपनीय अनुप्रयोग: राज्य या अस्पताल के वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के लिए गोपनीय अनुप्रयोग दो परिस्थितियों में प्रस्तुत किए जा सकते हैं:

- नाबालिग: कवरेज के लिए गोपनीय अनुप्रयोग परिवार नियोजन सेवाओं और यौन संचारित रोगों से संबंधित सेवाओं के लिए पेश नाबालिगों के लिए प्रस्तुत किया जा सकता है। इन आवेदनों की पारिवारिक आय के संबंध में, बिना मामूली आय के तहत संसाधित किया जा सकता है। इन रोगियों को वित्तीय सलाहकारों के लिए भेजा जाना चाहिए।
- अपमानित व्यक्ति: ये व्यक्ति अपनी व्यक्तिगत आय के आधार पर भी कवरेज के लिए आवेदन कर सकते हैं और अपने प्राथमिक पते की रिपोर्ट करने की आवश्यकता नहीं है। इन रोगियों को वित्तीय सलाहकारों के लिए भेजा जाना चाहिए।

2) अधिसूचित व्यक्ति: मरीजों को निम्न खंड 6 में वर्णित उपलब्ध राज्य कार्यक्रमों के तहत कम आय वाले पेशी की स्थिति के लिए आवेदन करने के आव्रजन के प्रभाव के बारे में चिंतित हो सकते हैं। भुगतान के सीमित साधन वाले मरीजों को राज्य या अन्य सरकारी प्रायोजित कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा। सहायता के लिए आवेदन करने से इंकार करने वाले मरीजों को बीमारहित और अत्यावश्यक और आपातकालीन सेवाओं के रूप में माना जाना जारी रहेगा। गैर-तत्काल, गैर-आपातकालीन सेवाओं को अनिश्चित समय तक स्थगित किया जा सकता है जब तक कि रोगी भुगतान करने, उपयुक्त वित्तीय व्यवस्था करने, बीमा प्राप्त कर, या वित्तीय सहायता कार्यक्रम में नामांकित हो सकता है जो सेवा को कवर करेगा।

VI. राज्य कार्यक्रम - मैसाचुसेट्स रेसिडेंट्स

ऊपर बीमित व्यक्ति (धारा IV (सी)) और अपरिवर्तित (धारा IV (डी)) रोगियों के लिए सामान्य प्रक्रियाओं के अतिरिक्त, अस्पताल उन रोगियों को प्रोत्साहित करेगा जो संभावित रूप से राज्य कार्यक्रम या अन्य सरकारी कार्यक्रमों से कवरेज के लिए पात्र हैं जो कवरेज के लिए आवेदन कर सकते हैं और लाभ के लिए आवेदन करने में रोगी की सहायता कर सकते हैं। मरीज भी एचआईएसएन द्वारा सह बीमा या कटौती के लिए कवरेज के लिए आवेदन कर सकते हैं और उनकी प्राथमिक बीमा योजना द्वारा कवर नहीं किए गए हैं; सह-भुगतान इस कवरेज से बाहर रखा गया है। राज्य कार्यक्रमों में मरीज को हेल्थ कनेक्टर (सामूहिक रूप से "स्टेट प्रोग्राम्स") के माध्यम से, शामिल करने के लिए स्वीकृत किया जा सकता है, लेकिन इसे मास हेल्थ, एचएसएन और अन्य कार्यक्रमों में शामिल करने के लिए सीमित नहीं किया जा सकता है।

A. आवेदन प्रक्रिया - मेडिकल कठिनाई के अलावा सभी राज्य कार्यक्रम

अस्पताल राज्य कार्यक्रमों के लिए आवेदन को पूरा करने और लागू राज्य कार्यक्रम द्वारा जरूरी आवश्यक दस्तावेजों को सुरक्षित करने और प्रस्तुत करने में रोगी को सहायता करता है। व्यक्ति उपयुक्त आवेदन के माध्यम से कवरेज के लिए आवेदन करते हैं जो राज्य के नामांकन प्रणाली के माध्यम से प्रस्तुत किया जाता है। व्यक्ति ऑनलाइन वेबसाइट के माध्यम से एक आवेदन जमा कर सकता है, जो राज्य के स्वास्थ्य संबंधक वेबसाइट, एक पेपर आवेदन, या एक ग्राहक सेवा प्रतिनिधि के साथ फोन पर उपलब्ध है, या तो मास हेल्थ या हेल्थ कनेक्टर पर उपलब्ध है। आवश्यक दस्तावेज शामिल हो सकते हैं, लेकिन इन सबूतों तक सीमित नहीं है: (1) वार्षिक घरेलू आय (वेतनवाहक स्टेब, सामाजिक सुरक्षा भुगतान का रिकॉर्ड, और नियोक्ता, टैक्स रिटर्न या बैंक स्टेटमेंट से एक पत्र), (2) नागरिकता और पहचान, (3) गैर-नागरिकों के लिए आव्रजन स्थिति (यदि लागू हो), और (4) उन व्यक्तियों की परिसंपत्तियां जो 65 वर्ष से अधिक हो। राज्य किसी भी दस्तावेज के रोगी को सूचित करेगा जिसे अंतिम सत्यापन के लिए प्रस्तुत करने की आवश्यकता है। यदि लागू कार्यक्रम दिशानिर्देश पूरा हो जाए तो रोगी को अस्थायी कवरेज प्राप्त हो सकता है।

B. आवेदन प्रक्रिया - एचएसएन - चिकित्सा कठिनाई

अस्पताल यह निर्धारित करने के लिए रोगी के साथ काम करेगा कि क्या एचएसएन-मेडिकल कठिनाई जैसे कार्यक्रम उचित होगा या नहीं। यदि हां, तो अस्पताल स्वास्थ्य सुरक्षा नेट को चिकित्सा कठिनाई आवेदन को पूरा करने और प्रस्तुत करने में रोगी की सहायता करेगा। यह सुनिश्चित करने के लिए अस्पताल द्वारा अनुरोधित सभी आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए रोगी का दायित्व है ताकि अस्पताल एक पूरा आवेदन जमा कर सके। एक बार एक रोगी आवेदन पूरा करता है और सभी आवश्यक दस्तावेजों को इकट्ठा करता है, तो हॉस्पिटल पूरा आवेदन एचएसएन को रोगी से प्राप्त होने के पांच (5) व्यावसायिक दिनों के भीतर जमा करेगा। यदि रोगी द्वारा उपलब्ध कराए गए पूरा आवेदन अस्पताल द्वारा रोगी से प्राप्त होने के पांच (5) व्यावसायिक दिनों के भीतर जमा नहीं किया जाता है, तो चिकित्सा की कठिनाई के लिए पात्र होने वाले बिलों के संबंध में मरीज के खिलाफ संग्रह की कार्रवाई नहीं की जा सकती है। आवेदन समय पर राज्य को प्रस्तुत किया गया था।

C. राज्य कार्यक्रमों के तहत कवरेज के लिए अनुमोदन

अस्पताल उपलब्ध राज्य कार्यक्रमों के तहत कवरेज के लिए आवेदन करने में रोगियों की सहायता कर सकता है, लेकिन मैस हेल्थ या एचएसएन द्वारा बनाई गई कार्यक्रम की योग्यता के निर्धारण में कोई भूमिका नहीं है। मास हेल्थ या एचएसएन पात्रता के सभी नोटिस जारी करेगा अस्पताल के सभी बिलों के सटीक और समय पर निर्णय सुनिश्चित करने के लिए किए गए सभी कवरेज फैसलों के अस्पताल को सूचित करने के लिए यह अभी भी रोगी की जिम्मेदारी है।

D. एक लंबित एचएसएन / मास हेल्थ एप्लिकेशन के प्रभाव

रोगियों के लिए, अस्पताल ने मैसाचुसेट्स हेल्थ कनेक्टर ऐप को पेश किया है, जिसमें शामिल हैं इस तरह के दृढ़ संकल्प जन स्वास्थ्य और एचएसएन कार्यक्रम पात्रता के मामले में बिल तक आयोजित किया जाएगा।

E. परिणाम की अपील

1) मास हेल्थ: रोगी अपने कवरेज निर्णय से संबंधित मास हेल्थ से अपील करने या उनकी जानकारी प्राप्त करने में प्रत्यक्ष भूमिका निभा सकते हैं। अनुरोध को समर्थन दस्तावेजों के साथ मास हेल्थ पर भेजा जाना चाहिए।

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति

2) निम्न आय रोगी: एक व्यक्ति हेल्थ / कनेक्टर को अनुरोध कर सकता है कि कम आय रोगी की स्थिति के निर्धारण की समीक्षा, 101 सीएमआर के प्रावधानों के साथ अस्पताल का अनुपालन § 613.00, या, असाधारण परिस्थितियों में, चिकित्सा कठिनाई पात्रता की जाये।

F. HSN - कम आय रोगी पात्रता और कवरेज विचार

1) कम आय रोगी निर्धारण

कम आय रोगी निर्धारण मास हेल्थ / मैसाचुसेट्स हेल्थ कनेक्टर पात्रता प्रणाली द्वारा किया जाता है और मैसाचुसेट्स के निवासियों तक सीमित है। एक मरीज को मैसाचुसेट्स निवास, पहचान और आय को स्थापित करने के लिए आवश्यक दस्तावेज सहित अर्हता प्राप्त करने के लिए उपरोक्त धारा VI (ए) या धारा VI (बी) में आगे वर्णित एक ऑनलाइन या पेपर आधारित आवेदन प्रस्तुत करना होगा। एचएसएन के तहत चार मुख्य कम आय रोगी कवरेज श्रेणियां हैं: (i) एचएसएन-प्राथमिक (खंड VI (एफ) (4) नीचे); (ii) एचएसएन-माध्यमिक (खंड VI (एफ) (5) नीचे); (iii) एचएसएन-आंशिक (खंड VI (एफ) (6) नीचे); और (iv) एचएसएन-मेडिकल कठिनाई (खंड VI (एफ) (7) नीचे)

a. अस्पताल भी स्वास्थ्य सुरक्षा नेट में दाखिला लेने वाले रोगियों की सहायता कर सकते हैं जो एक प्रत्यारोपण निश्चय प्रक्रिया का उपयोग करते हैं, जो कि पात्रता का एक सीमित समय प्रदान करता है। यह प्रक्रिया वित्तीय सलाहकारों द्वारा आयोजित की जाती है, जो कि वित्तीय जानकारी के रोगी के आत्म-प्रमाणन के आधार पर, केवल स्वास्थ्य सुरक्षा नेट सेवाओं की कवरेज के लिए कम आय रोगी परिभाषा को पूरा करने के लिए एक मरीज को समझा जाएगा। कवरेज उस तारीख से शुरू होगी, जिसमें अस्पताल अगले महीने के अंत तक दृढ़ संकल्प बनायेगा जिसमें प्रत्याशित दृढ़ संकल्प किया जाता है। हालांकि, कवरेज को जल्द ही संशोधित किया जा सकता है यदि रोगी राज्य कार्यक्रम के लिए पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करता है जैसा कि आगे अनुभाग VI (ए) या धारा VI (बी) में वर्णित है।

2) एचएसएन के लिए पात्रता

एचएसएन के तहत कवरेज के लिए एक मरीज की योग्यता की स्थिति, जो कि मैसाचुसेट्स मेडिकल मैनेजमेंट इंफॉर्मेशन सिस्टम्स (एमएमआईएस), पासपोर्ट या अन्य अस्पताल की पात्रता प्रणालियों के लिए लागू है, और किसी भी परिवर्तन में, मैस हेल्थ पात्रता सत्यापन प्रणाली (ईवीएस) प्रणाली रोगी की स्थिति रिकॉर्ड में दर्ज की जाएगी।

3) सेवा सीमाएं

कम आय वाले मरीजों के रूप में पहचाने जाने वाले मरीजों को संभवतः हद तक, एचएसएन या मास हेल्थ के कवरेज दिशानिर्देशों के अनुरूप सेवाओं को उपलब्ध कराया जाएगा जिसमें राज्य के नियमों और लागू दवाओं के फार्मूलरी के तहत "योग्य सेवा" सीमाएं शामिल हैं। एक गैर-आपातकालीन, गैर-तत्काल प्रतिपूर्ति सेवा प्राप्त करने की मांग वाला एक रोग उस सेवा की अधिकतम लागत के लिखित रूप में सूचित किया जाएगा और एक पावती पर हस्ताक्षर करना होगा कि वे सेवा वितरण से पहले वित्तीय जिम्मेदारी स्वीकार करते हैं।

4) कवरेज - एचएसएन - प्राथमिक

एक कम आय रोगी जो बीमारहित है और दस्तावेज मास हेल्थ (MAGI) घरेलू आय या मेडिकल कठिनाई परिवार की गणना योग्य आय (जैसा कि 101 सीएमआर § 613.04 (1) में वर्णित है), संघीय गरीबी स्तर (एफपीएल) के 0-300% के बीच एचएसएन के लिए योग्य हो सकता है - निम्न अपवादों के प्राथमिक विषय:

a. स्वास्थ्य संबंधक द्वारा संचालित प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम के लिए योग्य कम आय वाले मरीज स्वास्थ्य सुरक्षा नेट के लिए पात्र हैं - प्राइमरी केवल 101 सीएमआर के तहत अनुमत सीमा तक। § 613.04 (5) (बी)

b. एमजीजी की योग्यता छात्र स्वास्थ्य योजना की आवश्यकता के अधीन छात्र सी। 15 ए, 18 § स्वास्थ्य सुरक्षा नेट के लिए पात्र नहीं हैं - प्राथमिक कवरेज।

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति

5) कवरेज - एचएसएन - माध्यमिक

एक निम्न आय रोगी एचएसएन के लिए योग्य हो सकता है- माध्यमिक यदि वह अन्य प्राथमिक बीमा और दस्तावेजों में मास हेल्थ MAGI घरेलू आय या मेडिकल कठिनाई परिवार की गणना योग्य आय है (जैसा कि 101 सीएमआर § 613.04 (1) में 0-300% के बीच वर्णित है) एफपीएल, निम्नलिखित अपवादों के अधीन:

a. स्वास्थ्य सहयोगकर्ता द्वारा संचालित प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम के लिए योग्य कम आय वाले मरीज़ स्वास्थ्य सुरक्षा नेट के लिए पात्र हैं - केवल 101 सीएमआर के तहत अनुमति की सीमा तक। § 613.04 (4) (ए) (2) (ए)

b. एमजीजी की योग्यता छात्र स्वास्थ्य योजना की आवश्यकता के अधीन छात्र सी। 15 ए, § 18 स्वास्थ्य सुरक्षा नेट के लिए योग्य नहीं हैं - माध्यमिक कवरेज

6) कवरेज - एचएसएन - आंशिक कटौती

एचएसएन - प्राथमिक या एचएसएन के लिए अर्हता प्राप्त करने वाले मरीजों - मास हेल्थ MAGI के माध्यमिक प्रीमियम बीमारी परिवार के परिवार या परिवार के फेमिली ग्रुप (पीबीएफजी) के सभी सदस्य अगर 150.1% और एफपीएल के 300% के बीच परिवार की गिनती आय वार्षिक कटौती के अधीन हो सकती है, एफपीएल के 150.1% से ऊपर की आय है एक पीबीएफजी एक ऐसे व्यक्ति का समूह है जो 130 सीएमआर में एक साथ रहती है। § 501.001 अगर पीबीएफजी के किसी भी सदस्य की आय है जो कि एफपीएल की 150.1% से कम है, तो पीबीएफजी के किसी भी सदस्य के लिए कोई कटौती नहीं है। वार्षिक कटौती की गणना 101 सीएमआर के अनुसार की जाती है। § 613.04 (4) (सी) (1)

7) कवरेज - एचएसएन - मेडिकल कठिनाई

साचुसेट्स के किसी भी आय वाले स्तर के निवासी स्वास्थ्य सुरक्षा नेट के माध्यम से मेडिकल कठिनाई के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं यदि उचित चिकित्सा व्यय ने अपनी गणना योग्य आय इतनी कम कर दी है कि वह स्वास्थ्य सेवाओं के लिए भुगतान करने में असमर्थ है चिकित्सा कठिनाई के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए, आवेदक के स्वीकार्य चिकित्सा व्यय को 101 सीएमआर में परिभाषित आवेदक की गणना योग्य आय का एक निश्चित प्रतिशत से अधिक होना चाहिए। § 613.05 (1) (सी) आवेदक के आवश्यक योगदान की गणना गणनायोग्य आय के निर्दिष्ट प्रतिशत के रूप में की जाती है जैसा कि 101 सीएमआर में परिभाषित किया गया है। § 613.05 (1) (बी) मेडिकल कठिनाई परिवार के एफपीएल पर आधारित वास्तविक जनगणना आय वाले बिलों से गुणा किया जाता है जो स्वास्थ्य सुरक्षा नेट भुगतान के लिए योग्य नहीं है, जिसके लिए आवेदक जिम्मेदार रहेगा।

8) कम आय / आंशिक एचएसएन / चिकित्सा कठिनाई रोगी वित्तीय उत्तरदायित्व:

a. निम्न आय रोगी की वित्तीय जिम्मेदारी सह-भुगतान (मेडिकेयर को छोड़कर किसी भी दाता) से सीमित है, एचएसएन द्वारा निर्धारित कटौतीयोग्य (जैसा कि ऊपर अनुभाग VI (एफ) (6) में बताया गया है), या रोगी सामान्य स्वास्थ्य खर्च जैसा निचे दर्शाया गया है, के लिए बिल भेजा जा सकता है.

b. आंशिक एचएसएन के रूप में नामित कम आय वाले मरीजों के लिए जमा (ऊपर अनुभाग VI (एफ) (6) में चर्चा) या चिकित्सा कठिनाई (जैसा कि ऊपर अनुभाग VI (एफ) (7) में बताया गया है): इन रोगियों से जमा राशि का अनुरोध किया जाएगा सभी गैर-आपातकालीन, गैर-आवश्यक चिकित्सकीय आवश्यक सेवाओं के लिए खुले संतुलन के लिए प्राथमिक कवरेज है आंशिक एचएसएन रोगी की वार्षिक परिवार की कटौती की वर्तमान स्थिति की समीक्षा की जाएगी और अधिकतम 500 डॉलर तक के रोगी की वार्षिक कटौती के 20% तक जमा रोगी से एकत्र किया जा सकता है। अस्पताल अधिकतम रोगियों के मेडिकल कठोर योगदान के 20% तक की चिकित्सा कठिनाई के लिए रोगियों से अधिकतम 1,000 डॉलर तक जमा राशि का अनुरोध कर सकती है।

c. भुगतान योजनाएं: धारा 8 के भुगतान व्यवस्थाओं में निर्दिष्ट शर्तों के मुकाबले सभी खुले शेष राशि को पूरा करने के लिए कम आय वाले मरीजों को भुगतान योजनाओं की उपलब्धता के बारे में सूचित किया जाएगा।

d. गैर-चिकित्सा संबंधी आवश्यक सेवाएं: कम आय वाले मरीजों को किसी भी गैर-चिकित्सा संबंधी सेवाओं के लिए भुगतान करना होगा, जैसा कि धारा II (सी) में वर्णित है, अग्रिम में, बशर्ते कि मरीज को इन सेवाओं की अधिकतम लागत का आगाह और संकेत मिलता है एक पावती यह है कि सेवाओं को एचएसएन या किसी अन्य मैसाचुसेट्स सहायता कार्यक्रमों द्वारा कवर नहीं किया गया है। धारा अथाह (ई) के अनुसार भुगतान किए जाने तक सेवाओं को अनिश्चित काल तक स्थगित किया जाएगा।

VII. गैर-मैसाचुसेट्स रेसिडेंट्स

A. गैर-मैसाचुसेट्स अमेरिकी निवासी

बीमित व्यक्ति (धारा IV (सी)) और अपरिवर्तित (धारा IV (डी)) मरीजों के लिए वर्णित प्रक्रियाओं के अलावा, अस्पताल गैर-मैसाचुसेट्स अमेरिकी निवासी रोगियों को प्रोत्साहित करेगा जो संभावित रूप से अपने स्वयं के राज्य मेडिकेड या अन्य के तहत कवरेज के लिए आवेदन करने के लिए सरकारी कार्यक्रम (गैर-मैसाचुसेट्स अमेरिकी नागरिक राज्य कार्यक्रम) पात्र हैं।

- 1) गैर-मैसाचुसेट्स के यू.एस. निवासियों को राज्य कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने में सहायता कर सकता है, मरीज को लागू कार्यक्रमों के बारे में जानकारी प्रदान कर। व्यक्ति उपयुक्त आवेदन के माध्यम से कवरेज के लिए आवेदन करते हैं जो गैर-मैसाचुसेट्स यू.एस. निवासी राज्य के नामांकन प्रणाली के माध्यम से प्रस्तुत किया जाता है। आवश्यक दस्तावेज शामिल हो सकते हैं, लेकिन इन सबूतों तक सीमित नहीं हैं: (1) वार्षिक घरेलू आय (पेट्रोल स्टाब, सामाजिक सुरक्षा भुगतान का रिकॉर्ड, और नियोक्ता, टैक्स रिटर्न या बैंक स्टेटमेंट से एक पत्र), (2) नागरिकता और पहचान, (3) गैर-नागरिकों के लिए आव्रजन स्थिति (यदि लागू हो), और (4) उन व्यक्तियों की परिसंपत्तियां जो 65 वर्ष से अधिक हो। लागू राज्य किसी भी दस्तावेज के रोगी को सूचित करेगा जो अंतिम सत्यापन के लिए प्रस्तुत किए जाने की आवश्यकता है।
- 2) गैर-मैसाचुसेट्स यू.एस. निवासी राज्य कार्यक्रम द्वारा बनाई गई कार्यक्रम की योग्यता के निर्धारण में अस्पताल की कोई भूमिका नहीं है। उन कार्यक्रमों में पात्रता के सभी नोटिस जारी किए जाएंगे, न कि अस्पताल। अस्पताल के सभी बिलों के सटीक और समय पर निर्णय सुनिश्चित करने के लिए किए गए सभी कवरेज फैसलों के अस्पताल को सूचित करने के लिए यह अभी भी रोगी की जिम्मेदारी है।
- 3) रोगी कवरेज फैसले से संबंधित गैर-मैसाचुसेट्स यू.एस. निवासी राज्य कार्यक्रम से अपील करने या जानकारी प्राप्त करने में प्रत्यक्ष भूमिका निभा सकता है।

B. अंतर्राष्ट्रीय रोगी

बीमित व्यक्ति (धारा IV (सी)) और अपरिवर्तित (धारा IV (डी)) मरीजों के लिए वर्णित प्रक्रियाओं के अलावा, अस्पताल विदेशी देशों के निवासियों के लिए स्थानीय और स्थायी पते की जानकारी इकट्ठा करने के लिए हर उचित प्रयास करेगा और जो भी उपयुक्त सभी गैर-इमरजेंसी, गैर-अत्यावश्यक सेवाओं के लिए पूर्व भुगतान सुरक्षित करने के लिए अतिरिक्त क्रियाएं आवश्यक हैं।

VIII. भुगतान की व्यवस्था

A. आम तौर पर

अस्पताल में विभिन्न प्रकार की सेटिंग्स में भुगतान किया जा सकता है विभिन्न भुगतान व्यवस्थाएं उपलब्ध हो सकती हैं जिनमें जमा (डाउन पेमेंट) और भुगतान योजनाएं शामिल हैं। रोगी या गारंटर हॉलमार्क स्वास्थ्य रोगी लेखा ग्राहक सेवा के साथ ये व्यवस्था करने में सक्षम है। सभी भुगतान व्यवस्था पूर्व-निर्धारित मानदंडों के अनुरूप होंगी और अस्पताल की बिलिंग और पंजीकरण प्रणालियों में उचित रूप से दर्ज की जाएंगी।

B. भुगतान के फार्म

भुगतान व्यक्तिगत चेक, प्रमाणित / बैंक चेक, वायर ट्रांसफर, क्रेडिट / डेबिट कार्ड, या नकद द्वारा किया जा सकता है। अस्पताल "खराब" चेक को ट्रैक करने और रोगी के खाते में लागू होने वाले किसी भी भुगतान को उल्टा करने की प्रक्रिया को बनाए रखेगा। "खराब" चेक जमा करने से खाते को खराब डेट में स्थानांतरित करने के लिए आधार हो सकता है।

C. मुद्रा

जब तक अन्यथा सहमति नहीं दी जाती, यू.एस. मुद्रा में भुगतान किया जाएगा। गैर-अमेरिकी मुद्रा में भुगतान किया जाएगा अस्पताल के बैंक द्वारा निर्दिष्ट रूपांतरण दर पर लागू किया गया, जिसमें कोई रूपांतरण शुल्क शामिल है।

D. भुगतान योजनाएं

अस्पताल एक अलग वित्तीय सहायता नीति रखता है जो भुगतान योजनाओं को संबोधित करते हैं। सभी कम आय या मेडिकल कठिनाई के मरीजों को सूचित किया जाएगा कि अस्पताल भुगतान योजना प्रदान करते हैं। वित्तीय सहायता नीति अस्पताल की वेबसाइट पर <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html> पर जनता के सदस्यों के लिए आसानी से उपलब्ध है।

E. जमा

हॉलमार्क स्वास्थ्य गैर-आपातकालीन, गैर-अत्यावश्यक सेवाएं प्राप्त करने वाले रोगियों के लिए पूरी तरह से अग्रिम भुगतान का अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। यदि अनुमानित कीमत उपलब्ध नहीं है, तो मरीजों को एक जमा (भविष्य की अपेक्षित शेष राशि के नीचे भुगतान) प्रदान करने की आवश्यकता होगी। किसी भी गैर-आपातकालीन, गैर-अत्यावश्यक सेवाओं या जमा की आवश्यकता को पूरा करने में विफलता की प्राप्ति के पूर्व में भुगतान करने में विफलता के परिणामस्वरूप सेवाओं के अनिश्चितकालीन स्थगित हो जाएगा, बशर्ते उपचार चिकित्सक यह निर्धारित करता है कि प्रक्रिया चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं है हॉलमार्क हेल्थ को ऐसे व्यक्तियों से पूर्व प्रवेश और / या उपचार जमा की आवश्यकता नहीं होगी जिनके लिए आपातकाल या तत्काल सेवाएं आवश्यक हैं या उन व्यक्तियों से जो लागू राज्य कानूनों के तहत इस तरह के संग्रह कार्यों से सुरक्षित हैं (परिशिष्ट सी - संग्रह कार्रवाई से संरक्षित मरीजों)।

IX. रोगी बिलिंग और संग्रह

A. सामान्य सिद्धांत

अस्पताल स्थापित उद्योग मानकों के अनुसार बीमाकर्ताओं से होने वाले सभी शुल्क लेने के लिए मेहनती प्रयास करेगा और मरीज के खाते में समय-समय पर भुगतान और संविदागत समायोजन लागू करना चाहते हैं। इन प्रयासों में दाताओं की आवश्यकताओं के अनुसार सभी उपलब्ध बीमा योजनाओं को शामिल करना और अस्वीकृत दावों का समय पर अनुवर्ती करना शामिल है। मरीजों या अन्य जमानतदार सभी खाते के शेष सभी बीमा भुगतान, संविदागत समायोजन के आवेदन के बाद बने रहने के लिए जिम्मेदार होंगे और भुगतानकर्ता से प्राप्त किसी भी प्रेषण सलाह के मुताबिक छूट / समायोजन पर सहमति होगी, बशर्ते शेष राशि को स्वास्थ्य सुरक्षा नेट या मैसाचुसेट्स कानूनों के तहत संग्रह गतिविधि से मुक्त माना संग्रह कार्यों में रोगी विवरण, रोगी पत्र, टेलीफोन संपर्क, प्रमाणित अंतिम संग्रह नोटिस, और क्रेडिट ब्यूरो रिपोर्टिंग सहित असाधारण संग्रह गतिविधियाँ शामिल हो सकते हैं।

यह मरीज का पूर्ण और समय पर बीमा और जनसांख्यिकीय जानकारी प्रदान करने और यह जानना ज़रूरी है कि सेवाओं को उनकी बीमा पॉलिसी द्वारा कैसे शामिल किया गया है। जिन रोगियों के पास साधन हैं उन्हें हॉलमार्क हेल्थ द्वारा प्रदत्त सेवाओं के लिए भुगतान करना अपेक्षित है।

B. अस्पताल बिलिंग अभ्यास, रोगी विवरण, पत्र, और कॉल सहित

उपयुक्त पार्टी को बिल भेजा जाता है और उचित भुगतानकर्ता से संग्रह किया जाता है यह सुनिश्चित करने के लिए अस्पताल मेहनती प्रयास करेगा। अस्पताल, या तो सीधे या अपने नामित एजेंटों के माध्यम से, अस्पताल के बकाया शेष के बारे में सलाह देने के लिए नियमित आधार पर मरीजों / गारंटर्स को ब्योरा तैयार करेंगे और मेल करेंगे। बिल खाते सहित सभी खाता क्रियाओं और संचार का एक रिकॉर्ड, आमतौर पर बिलिंग सिस्टम में दर्शाया जाता है स्टाफ को आवश्यक बिलिंग प्रणाली, पंजीकरण प्रणाली या स्वयं-भुगतान संग्रह प्रणाली में रोगी (या गारंटर) के साथ सभी संपर्कों को दस्तावेज करने की आवश्यकता है। मैसाचुसेट्स के निवासियों के लिए, इन मेहनती प्रयासों को समाप्त होने तक तब तक स्वास्थ्य सुरक्षा नेट पर दावे जमा नहीं किए जाएंगे।

- 1) प्रारंभिक रोगी विधेयक: अस्पताल रोगी या गारंटर के लिए एक प्रारंभिक बिल भेज देगा। आरंभिक बिल में सभी शुल्कों, भुगतानों और समायोजनों का सारांश होगा, जिसमें प्रत्येक तिथि सेवा / प्रवेश के लिए प्रारंभिक बिलिंग शामिल होगा। प्रारंभिक बिल वित्तीय सहायता कार्यक्रमों की उपलब्धता के बारे में जानकारी प्रदान करेगा जो अस्पताल के बिल की लागत को कवर करने में सक्षम हो सकते हैं।
- 2) बाद की बिलिंग: अस्पताल को उम्मीद है कि वह रोगी या गारंटर को लगभग 30 दिनों के लिए 120 दिनों तक जारी रखेगा, जो निरंतर बिलिंग और संग्रह कार्यों का प्रतिनिधित्व करते समय उचित अवधि है।
- 3) टेलीफोन कॉल और अन्य संचार: टेलीफोन कॉलस, बिलिंग स्टेटमेंट, पत्र, व्यक्तिगत संपर्क, नोटिस, या किसी अन्य सूचना विधि का दायित्व के लिए जिम्मेदार पार्टी से संपर्क करने का एक वास्तविक प्रयास है और वित्तीय सहायता की उपलब्धता के रोगी को सूचित करता है।
- 4) बिलिंग का निलंबन: कुछ स्थितियों में निरंतर बिलिंग और संग्रह गतिविधि अनुचित हो सकती है और इसे निलंबित या बंद किया जा सकता है। इस तरह की स्थितियों में शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं: बुरा पता (अनुभाग IX (बी) (9)), दिवालियापन के मामले (अनुभाग IX (डी) (1)), रोगी शिकायत, लघु शेष (धारा 9 (बी) (10)), लंबित या अनुमोदित मास हेल्थ या एचएसएन पात्रता (खंड VI (डी) और अनुभाग IX (बी) (6)) या हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने की प्रक्रिया में हैं।

- 5) वित्तीय सहायता की उपलब्धता का अधिसूचना: रोगियों के ब्योरे में नोटिस शामिल होंगे, जैसा कि लागू कानूनों द्वारा आवश्यक है ताकि मरीजों की उपलब्धता और वित्तीय सहायता प्राप्त करने के तरीकों को सूचित किया जा सके। वित्तीय सहायता की उपलब्धता के संबंध में नोटिस भी अन्य लिखित और मौखिक रोगी संचार में सेवन और छुट्टी में शामिल किए जाएंगे।
- 6) संग्रह क्रिया से संरक्षित मरीज: अस्पताल यह सुनिश्चित करने के लिए उचित कदम उठाएंगे कि टेलीफोन कॉल, बयान या पत्र सहित किसी भी संग्रह की कार्रवाई उन रोगियों के संतुलन के लिए शुरू की जाए जो लागू कानूनों के तहत संग्रह की कार्रवाई से मुक्त हो सकती हैं। इसमें राज्य कार्यक्रमों में नामांकित रोगियों को शामिल किया जा सकता है, जो संग्रह कार्यों से परिशिष्ट सी में वर्णित हद तक मरीजों को शामिल कर सकते हैं, जहां अस्पताल अपनी चिकित्सा कठिनाई आवेदन (धारा VI (बी)) को पेश करने में देरी कर रहे थे, मरीजों को लंबित राज्य कार्यक्रम आवेदन (खंड VI (डी)), या हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति के अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए लंबित अनुरोध के साथ। अस्पताल प्राथमिक देनदार के साथ कवरज और / या योग्यता के मुद्दों को हल करने के लिए रोगी द्वारा जानकारी मांगने या कार्रवाई करने के लिए पत्र भेजना जारी रख सकता है, कर्मचारी के मुआवजा कार्यक्रम या किसी भी तीसरे पक्ष की देयता या एमवीए वाहक जानकारी प्राप्त करने के लिए।
- 7) फाइनल (संग्रह) सूचना: अस्पताल हर मरीज को एक बुरा (संग्रह) नोटिस भेजकर खाते से पहले खराब ऋण को हस्तांतरित करने के लिए उचित प्रयास करेगा। उन बच्चों के लिए नोटिस जो गौणदार को भेजे जाते हैं।
- 8) मैसाचुसेट्स निवासियों के लिए आपातकालीन बुरा ऋण: उन मामलों में जहां एक खाते पर विचार किया जा रहा है। एचएसएन को आवेदन के लिए अस्पताल द्वारा आपातकालीन खराब ऋण के रूप में, अस्पताल यह सुनिश्चित करेगा कि निम्न स्थितियां पूरी हो जाएं:
 - a. ए। खाता न्यूनतम 120 दिनों के लिए दस्तावेज, लगातार संग्रह प्रयासों के अधीन था;
 - b. बी.एवीएस या एमएमआईएस को कवर करने के लिए स्क्रीन पर इलेक्ट्रॉनिक पात्रता जांच की गई थी;
 - c. सी। सेवाओं को इस नीति में परिभाषा के अनुसार आपातकालीन सेवाओं के रूप में योग्य प्रदान किया गया; तथा
 - d. डी। एक अंतिम संग्रह नोटिस \$ 1,000 या अधिक के शेष के लिए प्रमाणित मेल द्वारा भेजा गया था। खराब पता खाते के रूप में ठीक से प्रलेख किए गए खातों को प्रमाणित मेल के जरिए अंतिम संग्रह नोटिस के बिलिंग के बिना स्वास्थ्य सुरक्षा नेट को प्रस्तुत किया जा सकता है, बशर्ते 120 दिनों की प्रारंभिक बिलिंग से समाप्त हो गई है और उचित प्रयास के बाद, अस्पताल में असमर्थ एक अद्यतन पता प्राप्त करने के लिए।
- 9) खराब पता रिटर्न: अस्पताल यूएसपीएस द्वारा दिए गए सभी रोगी बयानों को ट्रैक करने, उनके अनुसंधान करने और रिबिल करने के लिए उचित प्रयास करेगा, जो डिलीवर करने योग्य नहीं हैं। तीसरे पक्षों से उपलब्ध हो सकने वाले "स्कूप ट्रेस" प्रोग्राम का उपयोग करके पते की जानकारी को सत्यापित और सही किया जाएगा जहां संभव हो, बिलिंग और पंजीकरण प्रणालियों में खातों को "खराब पता" के रूप में पहचाना जाएगा। एक बार एक खाता खराब पता के रूप में ध्वजांकित किया गया है, फिर कोई और बयानों या पत्रों पर कार्रवाई नहीं की जानी चाहिए, जब तक कि नये पते की पहचान न हो। अस्पताल HIPAA गोपनीयता को बनाए रखने के लिए गलत पते पर बयानों का मेलिंग करना बंद कर देगा। जिन खातों की सबसे हालिया जनसांख्यिकीय जानकारी में एक बुरा पता शामिल है, बाहरी एजेंसियों को अतिरिक्त अनुवर्तों के लिए बुरे ऋण के रूप में संदर्भित किया जा सकता है, इसके अलावा प्लेसमेंट के 120 दिन पहले संभावित आपातकालीन बुरा ऋण खातों का पालन किया जाएगा।
- 10) लघु शेष समायोजन: प्रारंभिक बयान के बाद, बयान प्रसंस्करण और संग्रह गतिविधियों की लागत को स्वीकार करते हुए, अस्पताल अपने \$ 15 "छोटे डॉलर के बिलिंग" सीमा से नीचे दिए गए खातों पर बयान को दबा सकता है इस नीति को सभी दाताओं पर लगातार लागू किया जाएगा। किसी भी मामले में इस अनुभाग के तहत किए गए छोटे शेष समायोजन को एचएसएन पर बिल भेजा जाएगा।

C. सरचार्ज नोटिस

अस्पताल सभी रोगियों के संतुलन को पहचानने के लिए एक प्रक्रिया बनाए रखेगा जो 101 सीएमआर के तहत आवश्यक स्वास्थ्य अस्पताल पर स्वास्थ्य सुरक्षा नेट ट्रस्ट फंड सरचार्ज के अधीन हैं। § 614.05 सरचार्ज राशि को रोगी को बिल भेजा जाएगा और एचएसएन को उनके अनुरूप अनुसूची के अनुसार भेजे गए निधि एकत्र किया जाएगा।

D. विशेष संग्रह की स्थिति

- 1) रोगी दिवालियापन: अस्पताल सभी दिवालियापन संबंधी नोटिफिकेशन को ट्रैक करने के लिए उचित प्रयास करेगा, और यह सुनिश्चित करने के लिए फाइल में उन्हें बनाए रखेगा कि सभी अनुमोदित अदालती प्रक्रियाओं का पालन किया जाए, जिसमें अदालत के साथ उचित दावों को दायर करना, या ऋण की क्षमा भी शामिल है।
- 2) अस्पताल एक एचएसएन कम आय रोगी को (1) गंभीर रिपोर्ट करने योग्य घटनाओं से संबंधित दावों के लिए बिल नहीं करेगा जैसा कि 101 सीएमआर में वर्णित है। § 613.03 (1) (डी); या (2) एक प्रशासनिक या तकनीकी बिलिंग त्रुटि के कारण दावे
- 3) एचएसएन माध्यमिक कवरेज: अस्पताल एचएसएन को जमा दावों को सीमित करने के लिए मेहनती प्रयास करेगा, जिसमें कटौती और गैर-कवरेज सेवाएं शामिल हैं, उन मामलों में जहां एक मरीज ने अपने लाभ को समाप्त कर दिया है या मामलों में दाता के साथ नामांकन समय पर सक्रिय नहीं था सेवाएं प्रदान की गईं अगर अस्पताल एचएसएन को पहले दायर एक दावे पर एक अतिरिक्त या सही भुगतान प्राप्त करता है तो एक सही दावे को एचएसएन को सौंप दिया जाएगा।
- 4) आंशिक एचएसएन घटाया: अस्पताल अपने वार्षिक आंशिक एचएसएन से घटाया जाने वाले ऋण के लिए मरीजों को बिल से बिल कराएगा, जो किसी भी मरीज की जमा राशि, धारा VI (एफ) (8) (बी) के अनुसार प्राप्त की जाती है, जब तक वार्षिक कटौती के बराबर शुल्क बिल नहीं किया जाता है। मरीज, भुगतान योजनाओं में शामिल किसी भी शेष राशि के साथ मरीज की कटौती से संतुष्ट होने तक दावों को एचएसएन में पेश नहीं किया जाएगा।

E. Special Account Processing Considerations

कुछ परिस्थितियों में, किसी रोगी की उचित प्रक्रिया के लिए अतिरिक्त जानकारी या लेखा प्रक्रिया आवश्यक हो सकती है।

- 1) कार्यकर्ता मुआवजा (डब्ल्यूसी): औद्योगिक दुर्घटनाओं से जुड़ी सेवाओं को उचित रूप से पंजीकरण रिकॉर्ड में लेबल किया जाना चाहिए। अतिरिक्त जानकारी जिसमें आवश्यक है, दुर्घटना की तारीख और समय, नियोक्ता का नाम और फोन नंबर, और नियोक्ता के कर्मचारी का मुआवजा वाहक और फोन नंबर शामिल है। अस्पताल WC कवरेज का पीछा करने के लिए उचित प्रयास करेगा। दावे को जमा करने के बाद प्राप्त की जा सकने वाली किसी भी रिकवरी को मूल दावे के खिलाफ ऑफसेट किया जाएगा और दावेदार या एचएसएन को किसी भी आवश्यक दावे विलय या रिटर्न के साथ रिपोर्ट किया जाएगा। अगर कोई डब्ल्यूसी कवरेज नहीं है, तो दावा सामान्य बिलिंग तरीके से प्रबंधित किया जाता है।
- 2) मोटर वाहन दुर्घटनाओं (एमवीए) और तीसरी पार्टी दायित्व (टीपीएल): मोटर वाहन दुर्घटना या अन्य तृतीय पक्ष देयता से संबंधित सेवाएं उचित रूप से पंजीकरण रिकॉर्ड में लेबल की जानी चाहिए। दुर्घटना की तारीख और समय, तीसरे पक्ष के दायित्व मामलों के लिए स्थान, और किसी भी ज्ञात ऑटोमोबाइल बीमा कंपनी सहित एमवीए दावों को जमा करने के लिए अतिरिक्त जानकारी एकत्र करने के लिए निपुण प्रयास किए जाएंगे। दावे के साथ जुड़े किसी भी वकील का नाम पंजीकरण प्रणाली में भी नोट किया जाना चाहिए, यदि यह उपलब्ध है। उपलब्ध व्यक्तिगत चोट सुरक्षा (पीआईपी) राशि एकत्र करने के लिए एमवीए / टीपीएल वाहक के बिल के लिए उचित प्रयास किए जाएंगे। पीआईपी समाप्त हो जाने के बाद स्वास्थ्य बीमा दावों पर कार्रवाई की जाएगी। अस्पताल एमवीए वाहक द्वारा पेश किए गए भविष्य की शारीरिक चोट के भुगतान के खिलाफ एक ग्रहणाधिकार भी दर्ज कर सकता है अगर हम रोगी के वकील के नाम का प्रबंध करने के लिए दावा करने के लिए दावा कर सकते हैं। दावे को जमा करने के बाद प्राप्त की जा सकने वाली किसी भी रिकवरी को मूल दावे के खिलाफ ऑफसेट किया जाएगा और दावेदार या एचएसएन को किसी भी आवश्यक दावे विलय या रिटर्न के साथ रिपोर्ट किया जाएगा। अगर कोई एमवीए / टीपीएल कवरेज नहीं है, तो दावा सामान्य बिलिंग तरीके से प्रबंधित किया जाता है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति

3) स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम (एचआईपीएए): एचआईपीएए के तहत, मरीजों को एक विशेष मद या सेवा के लिए अस्पताल में भर्ती कराया गया है, उन्हें यह अनुरोध करने का अधिकार है कि ऐसी कोई वस्तु या सेवा के बारे में उनकी पीएचआई (सुरक्षित स्वास्थ्य सूचना) भुगतान के प्रयोजनों के लिए स्वास्थ्य बीमा योजना जब तक कि इस तरह के खुलासे लागू कानून द्वारा अन्यथा आवश्यक नहीं है। इस तरह की रोकथाम अस्पताल द्वारा वितरित और बिल किए गए विशेष आइटम या सेवा पर लागू होता है। ऐसे प्रतिबंधों का प्रयोग करने वाले मरीजों से सेवा के समय में किसी भी बकाया राशि का भुगतान करने की उम्मीद है, या बयानों को प्राप्त करने पर, शेष राशि पूरी तरह से सेवा के समय अनुमानित नहीं हो सकती है। यदि अस्पताल उचित प्रयासों के बाद ऐसे प्रतिबंध का अनुरोध करने वाले रोगी से पूर्ण भुगतान करने में असमर्थ है, तो अस्पताल रोगी को सूचित कर सकता है और मरीज की स्वास्थ्य योजना को बिल कर सकता है। अनुचित रिहाई से बचाने के लिए प्रत्येक प्रक्रिया को ध्यान में रखना चाहिए।

X. खराब डेबिट प्लेसमेंट

A. खाता का स्थानांतरण करने के लिए बुरा ऋण

अस्पताल, उपलब्ध सहायता कार्यक्रमों के बारे में लिखित रूप में रोगी को सूचित करके और अनुप्रयोगों के पूरा होने के साथ इस तरह के व्यक्ति की सहायता कर राज्य, संघीय या हॉलमार्क स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तहत वित्तीय सहायता के लिए मरीज को योग्य बनाने के लिए उचित प्रयास करेगा। एक बार ऐसे उचित प्रयास किए गए हैं और सभी आंतरिक संग्रह प्रयास समाप्त हो गए हैं, तो खाते को बुड डेट में स्थानांतरित किया जा सकता है। यह आमतौर पर तब होता है जब खाते में 120 दिन के मरीज बिलिंग चक्र को पूरा करने के बाद कुछ अपवादों के कारण खराब पता या अन्य कम करने वाले परिस्थितियों के कारण होता है। खराब ऋणों में खातों को आम तौर पर लागू कानूनों के अनुसार कर्मचारी, बाह्य संग्रह एजेंसियों, या संग्रह वकील सहित कई स्रोतों के माध्यम से अतिरिक्त संग्रह प्रयास प्राप्त होंगे।

B. संग्रह एजेंसियां

अस्पताल की ओर से रोगी संतुलन जमा करने की मांग वाली किसी भी एजेंसी को इस नीति के अनुरूप होना चाहिए, जिसमें "असाधारण संग्रह की गतिविधियों" (जैसा कि नीचे उल्लिखित है) से बचने का दायित्व भी शामिल है, जब तक कि अस्पताल ने उचित प्रयास किए और उसका अनुसरण नहीं किया। यह निर्धारित करने के लिए एक उचित प्रक्रिया है कि एक मरीज इस नीति के तहत किसी भी संग्रह या बिलिंग प्रक्रियाओं से सहायता या छूट के हकदार है। किसी भी वास्तविक रोगी की शिकायतों को अस्पताल में समीक्षा और ट्रेकिंग के लिए सूचित किया जाएगा। सभी एजेंट पूरी तरह से लागू आईआरएस और फेडरल फेयर डेट कलेक्शन नियमों के साथ-साथ मैसाचुसेट्स कानूनों के तहत ऋण संग्रहण नियमों का पालन करेंगे। सभी एजेंसियां समय-समय पर संग्रह के प्रयासों को समाप्त करने के निर्णय सहित किसी भी संग्रह या अन्य खाता कार्रवाइयों की रिपोर्ट करेंगे।

C. असाधारण संग्रह क्रिया (ईसीए)

जिन खातों के लिए अस्पताल कुछ विशेष परिस्थितियों में असाधारण संग्रह क्रिया (ईसीए) आरंभ कर सकते हैं अपेक्षित भुगतान अनुभाग X (बी) में परिभाषित उचित प्रयासों के बाद नहीं किया गया है।

1) क्रेडिट रिपोर्टिंग: अस्पताल या एक संग्रह एजेंसी, अस्पताल की ओर से, बकाया शेषों को क्रेडिट ब्यूरो में रिपोर्ट कर सकती है।

XI. क्रेडिट बकाया और रिफंड

आम तौर पर, अस्पताल मरीजों को किसी भी क्रेडिट शेष राशि वापस कर देंगे, जिसके परिणामस्वरूप रोगी से अतिरिक्त धन एकत्र किया जा सकता है। ऐसे मामलों में जहां स्वयं-भुगतान क्रेडिट शेष राशि वापस करने के प्रयास असफल हैं, अस्पताल मैसाचुसेट्स के कॉमनवेल्थ के कोषाध्यक्ष को राज्य के परित्यक्त संपदा नियमों के अनुसार क्रेडिट शेष राशि का भुगतान करेगा।

XII. महत्वपूर्ण महत्वपूर्ण घटनाक्रम (एसआरई)

अस्पताल विशिष्ट सेवाओं या रीमेमिशन का भुगतान न करने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य के नियमों (105 सीएमआर § 130.332) सहित लागू बिलिंग आवश्यकताओं का अनुपालन रखता है, जिसे अस्पताल निर्धारित करता है एक गंभीर रिपोर्ट करने योग्य इवेंट (एसआरई) के परिणाम थे। अस्पताल में नहीं होने वाले एसआरई को नॉन-पेमेंट के इस निर्धारण से बाहर रखा गया है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति

XIII. स्वास्थ्य बीमा की योग्यता और उत्तरदायित्व अधिनियम (एचआईपीए) के अनुपालन

अस्पताल लागू संघीय और राज्य की गोपनीयता, सुरक्षा, और आईडी चोरी कानूनों के अनुसार सभी जानकारी रखता है।

XIV. रोगी अधिकार और जिम्मेदारियां

अस्पताल रोगियों को अपने दायित्वों के बारे में सूचित करेगा:

- 1) पूर्ण और समय पर बीमा और जनसांख्यिकीय जानकारी प्रदान करें आय और बीमा स्थिति में बदलाव सहित एचएसएन मैनुअल कटौती योग्य डेटा पर नज़र रखने सहित किसी भी परिवर्तन के अस्पताल और मास हेल्थ को सूचित करें।
- 2) सीमित कवरेज, सह-भुगतान, कटौती, और सह-बीमा के कारण नेटवर्क सीमाएं, सेवा कवरेज सीमाएं और वित्तीय जिम्मेदारियों सहित उनके बीमा कवरेज की सीमाओं को समझने के लिए उचित प्रयास करें।
- 3) ऐसे रोगियों के लिए जिनके पास साधन हैं, समय-समय पर सह-भुगतान, कटौती, और सह-बीमा सहित हॉलमार्क स्वास्थ्य द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए भुगतान करें।
- 4) बीमा रेफरल, पूर्व-प्राधिकरण और अन्य चिकित्सा प्रबंधन नीतियों के अनुरूप होना चाहिए। लाभ के रूपों के समन्वयन, सदस्यता संबंधी जानकारी को अद्यतन करने, चिकित्सक की जानकारी को अपडेट करने, लाभ कवरेज को समझने, और अन्य भुगतानकर्ता आवश्यकताओं को पूरा करने सहित अन्य बीमा आवश्यकताओं के अनुरूप। चुनिंदा चिकित्सा सेवाओं के गैर कवरेज के लिए, वैकल्पिक भुगतान के लिए स्वीकार और व्यवस्था कीजिए।
- 5) मैसाचुसेट्स के निवासियों के लिए, स्वास्थ्य संबंधक, बीमा के अन्य स्रोतों के माध्यम से कवरेज प्राप्त करें, या सभी आवश्यक दस्तावेजों को जमा करने सहित, MassHealth / Commonwealth Care / Low Income Patient निर्धारण (यदि संभवतः योग्य) के लिए आवेदन करें।
- 6) किसी भी संभावित मोटर वाहन दुर्घटना कवरेज, तीसरे पक्ष की देयता कवरेज, या कार्यकर्ता के मुआवजा कवरेज के अस्पताल को सूचित करें। मास हेल्थ या स्वास्थ्य सुरक्षा नेट द्वारा कवर किए गए रोगियों के लिए, किसी भी दुर्घटना, चोट या हानि के संबंध में मुआवजे के लिए एक दावे दर्ज करें और दस दिनों के भीतर राज्य सार्वजनिक कार्यक्रम (जैसे मेडिकेड का कार्यालय और स्वास्थ्य सुरक्षा नेट) को सूचित करें किसी भी मुकदमा या बीमा दावे से संबंधित सूचना जो अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सेवाओं की लागत को कवर करेगी। एक मरीज को तीसरे पक्ष के भुगतान के दायरे को आवंटित करने की आवश्यकता है जो कि राज्य या स्वास्थ्य सुरक्षा नेट द्वारा प्रदत्त सेवाओं की लागत को कवर करेगा या तीसरे पक्ष से प्राप्त धन से एचएसएन को चुकाना होगा। यदि मरीज स्वैच्छिक रूप से तीसरे पक्ष से प्राप्त धन से एचएसएन को चुकाना नहीं है, तो एचएसएन इस तरह के भुगतानों को ठीक कर सकता है।

XV. क्रेडिट और संग्रह नीति का प्रकाशन

हॉलमार्क स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति, प्रदाता संबद्ध सूची, और हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति हैंयहां उपलब्ध है: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>

- 1) रोगी / विज़िटर- वित्तीय परामर्श और बिलिंग - * वित्तीय सहायता नीतियां चुनकर हॉलमार्क हेल्थ मुखपृष्ठ (<https://www.hallmarkhealth.org>) से यह वेबसाइट भी एक्सेस की जा सकती है।
- 2) वेबसाइट में विभिन्न तरीके शामिल हैं जिनमें रोगी अस्पताल से सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं, जिनमें वित्तीय परामर्शदाता स्थानों की सूची और एक केंद्रीय समयबद्ध फोन नंबर शामिल है। वेबसाइट मरीज को यह जानती है कि आवेदन फॉर्म और वित्तीय परामर्श सहायता मुफ्त है।

XVI. बोर्ड स्वीकृति

हॉलमार्क हेल्थ बोर्ड ऑफ ट्रस्टीज द्वारा जुलाई 27, 2017 को मान्यताप्राप्त स्वास्थ्य क्रेडिट और संग्रह नीति को मंजूरी दी गई थी।

परिशिष्ट ए- हॉलमार्क स्वास्थ्य स्थान, भाग लेने वाली संस्थाएं

यह वित्तीय सहायता नीति उन स्थानों पर लागू होती है जिन्हें हॉलमार्क हेल्थ द्वारा दिए गए स्थानों पर दिया गया है और बिल किया गया है:

1. मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल परिसर, 585 लेबनान स्ट्रीट, मेलरोस, एमए 02176।
2. लॉरेंस मेमोरियल अस्पताल परिसर, 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155
 - a. लॉरेंस मेमोरियल अस्पताल के तत्काल देखभाल केंद्र, 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155।
3. हॉलमार्क हेल्थ सिस्टम हेमटोलॉजी और ऑन्कोलॉजी सेंटर, 41 मॉटवैल एवेन्यू, 3, 4 वें और 5 वां फर्श, स्टोनहैम, एमए 02180
4. 101 मेन, 101 मेन स्ट्रीट, मेडफोर्ड, एमए 02155 पर हॉलमार्क स्वास्थ्य
 - a. लॉरेंस मेमोरियल अस्पताल पुनर्वास सेवाएं, सूट 105 और 106
 - b. सामुदायिक परामर्श सेवाएं, सुइट 112
 - c. लॉरेंस मेमोरियल मेडिकल सर्विसेज, सूट 113, 114 और 116
 - d. परिवार मेडिकल एसोसिएट्स, सूट 213, 214 और 215
5. सामुदायिक परामर्श केंद्र, मैल्डेन फैमिली हेल्थ सेंटर, 178 सावन स्ट्रीट, दूसरी मंजिल, माल्डेन, एमए 02148।
6. स्वास्थ्य छवि महिला इमेजिंग केंद्र, 830 मुख्य सड़क, तीसरा तल, मेलरोस, एमए 02176।
7. केम सेंटर फॉर रेडिएशन ऑन्कोलॉजी एंड एमआरआई, 48 मॉटवैल एवेन्यू, स्टोनहैम, एमए 02180।
8. हॉलमार्क स्वास्थ्य आउट पेशेंट नैदानिक परीक्षण और पुनर्वास केंद्र, 30 न्यूक्रोसिंग रोड, रीडिंग, एमए 01867
 - a. अर्गेट केयर सेंटर पढ़ना, 30 न्यूक्रोसिंग रोड, रीडिंग, एमए 01867
9. मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल पुनर्वास सेवाएं, 22 कोरी स्ट्रीट, मेलरोज़, एमए 02176

परिशिष्ट बी: हॉलमार्क स्वास्थ्य प्रदाता संबद्ध सूची, गैर-भाग लेने वाली संस्थाएं

इनमें से प्रत्येक प्रदाता या प्रदाता समूह अस्पताल के स्थान पर सेवाएं प्रदान करते हैं, तथापि, उनके बिल और शुल्कों को हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति ("एफएपी") के तहत शामिल नहीं किया जाता है। हॉलमार्क स्वास्थ्य एफएपी में हॉलमार्क स्वास्थ्य से जुड़े निम्नलिखित संस्थाओं द्वारा वितरित और बिल भेजा गया सेवाएं शामिल नहीं हैं:

1. हॉलमार्क हेल्थ के फिजियंस संगठन, हॉलमार्क हेल्थ मेडिकल एसोसिएट्स
2. हॉलमार्क पैथोलॉजी, पी.सी.
3. हॉलमार्क इमेजिंग एसोसिएट्स, पी.सी.
4. विभाग जहां एक मरीज को एक प्रदाता द्वारा देखा जा सकता है जिसे एफएपी द्वारा कवर नहीं किया जाता है: कार्डियोलॉजी, एंडोक्राइन, गैस्ट्रोएंटेरोलॉजी, रेडियोलॉजी / हेमटोलॉजी / ऑन्कोलॉजी, इन्फेक्शियस डिजीज, आंतरिक चिकित्सा, ओबी-जीएन केयर, नेफ्रोलॉजी, पोडियाट्री, पल्मोनरी, रुमेटोलॉजी, स्लीप मेडिसिन, सर्जरी, मूत्रविज्ञान, घाव देखभाल
5. मेलरोज़-वेकफील्ड आपातकालीन चिकित्सक, इंक।
 - a. ए। लॉरेंस मेमोरियल अस्पताल में 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155 और मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल में 585 लेबनान स्ट्रीट, मेलरोस, एमए 02176 पर स्थित हॉलमार्क स्वास्थ्य आपातकालीन विभागों पर चिकित्सकों।
 - b. ख। 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155 और 30 न्यू क्रॉसिंग रोड, रीडिंग, एमए 01867 में स्थित हॉलमार्क हेल्थ सिस्टम के तत्काल देखभाल केंद्र पर चिकित्सकों।
6. अस्पताल चिकित्सा एसोसिएट्स (टीम स्वास्थ्य)
 - a. ए। 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155 और मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल में 585 लेबनान स्ट्रीट, मेलरोस, एमए 02176 पर लॉरेंस मेमोरियल अस्पताल स्थित हॉलमार्क स्वास्थ्य अस्पताल
7. महानगर संज्ञाहरण
8. मस्तिक कार्डियोलॉजी एसोसिएट्स, इंक, डॉ। कॉनवे, डॉ। प्लाज़िविविज़ और डा। सैमनुक सहित
9. फॉस्टिक मेडिकल ग्रुप, डॉ। वेनस्टीन सहित
10. यूएमएस न्यू इंग्लैंड लिथोट्रिप्स
11. मिडलसेक्स कार्डियोलॉजी एसोसिएट्स, इंक।
12. टुफ्स मेडिकल सेंटर फिजियंस ऑर्गेनाइजेशन, इंक। (एफ / के / ए न्यू इंग्लैंड हेल्थ केयर फाउंडेशन, इंक।)
13. एलियट
14. बाल चिकित्सा
15. क्षेत्रीय होम केयर

हॉलमार्क हेल्थ की वित्तीय सहायता नीति का पालन करने के लिए ऊपर दिए गए प्रदाताओं सहित हॉलमार्क हेल्थ से जुड़े सभी चिकित्सकों और चिकित्सक संगठनों को प्रोत्साहित किया जाता है, लेकिन उन्हें जरूरी नहीं है।

परिशिष्ट सी - संग्रह क्रिया 1 से सुरक्षित हॉलमार्क स्वास्थ्य रोगी

निम्नलिखित मरीज जो अस्पताल से चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं प्राप्त करते हैं, उन्हें संग्रह क्रिया से नीचे वर्णित सीमा तक छूट दी गई है। संग्रह क्रियाओं में किसी भी गतिविधि को शामिल किया गया है जिसके द्वारा अस्पताल या अस्पताल के एक एजेंट रोगी से सेवाओं के भुगतान के लिए अनुरोध करता है, मरीज की गारंटर या भुगतान के लिए जिम्मेदार कोई तृतीय पक्ष। इस तरह की गतिविधियों में प्रीडमिशन या प्रीटाइमेंट जमा, बिलिंग विवरण, संग्रह अनुवर्ती पत्र, टेलीफोन संपर्क, व्यक्तिगत संपर्क और संग्रह एजेंसियों और वकीलों की गतिविधियों शामिल हो सकते हैं।

मैसाचुसेट्स कार्यक्रम	सामान्य नियम	अपवाद
मास हेल्थ के रोगी इस के लिए आपातकालीन सहायता, बुजुर्ग विकलांग और बच्चे (EAEDC)	जब तक मरीज भागीदारी का प्रमाण प्रदान करने में सक्षम हो तब तक अस्पताल बिल नहीं कर सकते।	a. सहभुगतान और कटौतियां कर सकते हैं। b. उन रोगियों के लिए बिल जो भागीदारी का प्रमाण प्रदान नहीं कर सकते।
बच्चों के मेडिकल सुरक्षा योजना (CMSP) MAGI के साथ मरीजों को आय के बराबर या कम से कम 300% FPL		
स्वस्थ प्रारंभ कार्यक्रम मरीज		
मेडिकल कठिनाई मरीज	अस्पताल अपने बिल के उस हिस्से के लिए मरीज को बिल नहीं कर सकता है जो चिकित्सा कठोर योगदान से अधिक है। इसमें ऐसे रोगी शामिल हैं जो एचएसएन से चिकित्सा कठिनाई के भुगतान के योग्य हो जाते हैं और एक लंबित आपातकालीन बुरा	
कम आय वाले मरीजों		
सभी कम आय वाले मरीज	अस्पताल गैर-प्रतिपूर्ति योग्य स्वास्थ्य सेवाओं के लिए रोगी इस बात की वित्तीय जिम्मेदारी लेने पर सहमत हो गए हैं कि: (i) मेडिकल त्रुटि से संबंधित गैर-प्रतिपूर्ति योग्य स्वास्थ्य सेवा के लिए दावा, या (ii) यदि मरीज की प्रशासनिक या बिलिंग त्रुटिप्राथमिक बीमा से दावे को अस्वीकार कर दिया गया था।	a. मरीज को गैर-प्रतिपूर्ति योग्य स्वास्थ्य सेवाएं जिसके लिए मरीज वित्तीय जिम्मेदारी लेने के लिए सहमत हो गए हैं। b. रोगी के अनुरोध पर, अस्पताल में रोगी को बिल कर सकता है सामान्य स्वास्थ्य कार्यक्रम से जुड़े आदेश को एक बार कटौती से मिलने रोगी को अनुमति देने के लिए
केवल कम आय वाले रोगियों को छोड़कर सभी कम आय वाले मरीज	अस्पताल प्रतिपूर्ति के लिए बिल नहीं कर सकते स्वास्थ्य सेवाओं जिसके लिए अस्पताल एचएसएन से भुगतान प्राप्त कर रहा है।	a. सह भुगतान और कटौती के लिए पात्र सेवाओं के लिए बिल भेज सकता है। b. पूर्व से पहले अस्पताल द्वारा प्रदान की गई रोगी के निर्धारण के रूप में राज्य द्वारा या उनके निम्न आय की स्थिति के समाप्त होने की अवधि समाप्त हो गई है या समाप्त कर दी गई है।

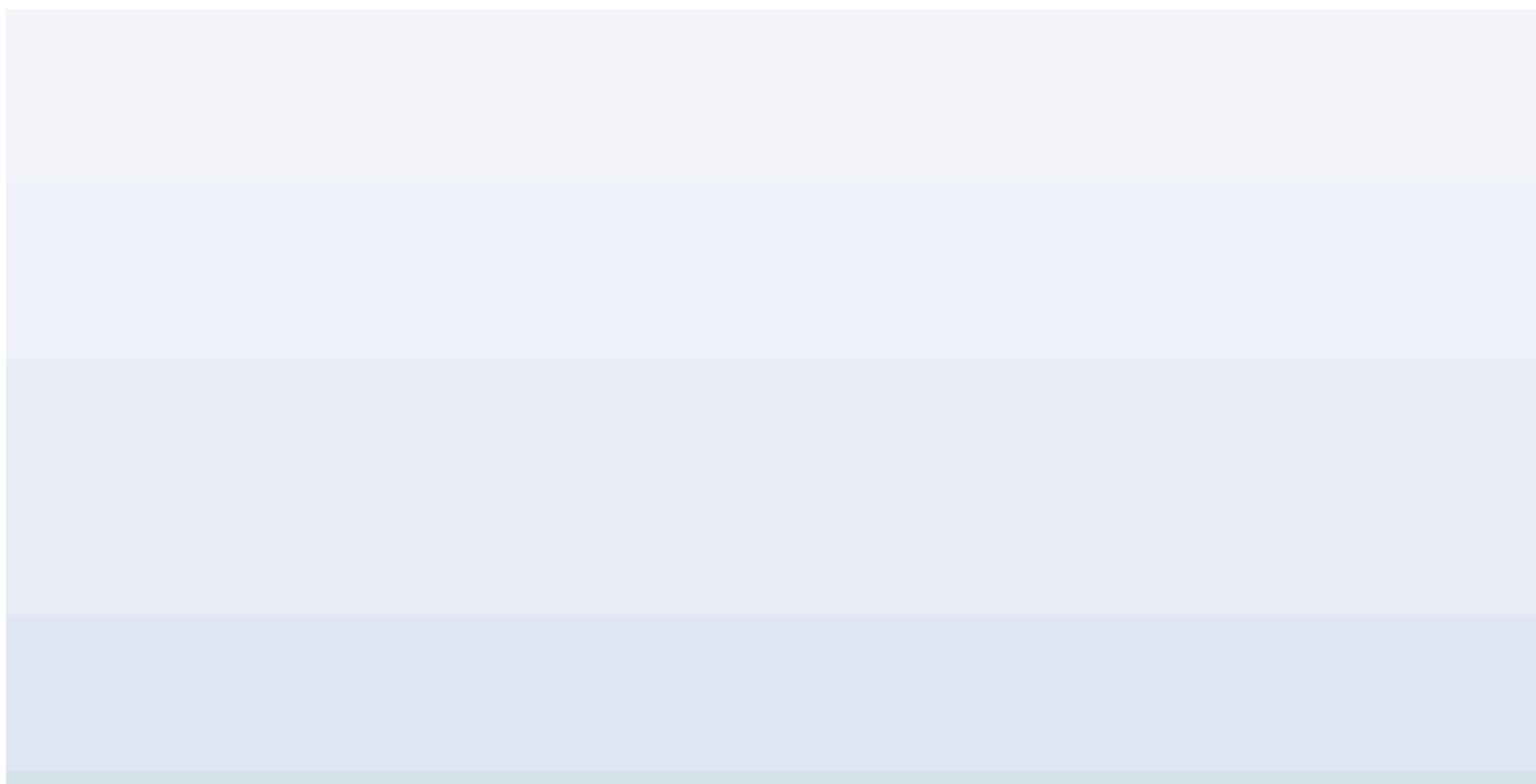
<p>निम्न आय मरीजों</p> <p>जन स्वास्थ्य MAGI के साथ आय या चिकित्सा कठिनाई परिवार गणनीय आय</p>	<p>अस्पताल रोगी के लिए अपने बिल के उस हिस्से अधिक छूट पर बिल नहीं कर सकता है।</p>	<p>a. फार्मसी के लिए बिल भेज सकता है सह भुगतान</p> <p>b. आंशिक HSN के लिए बिल भेज</p> <p>c. पात्र सेवाओं के लिए बिल भेज राज्य द्वारा या उनके निम्न आय की स्थिति के समाप्त होने की</p>
--	---	---

1 देखें, मैसाचुसेट्स स्वास्थ्य सुरक्षा नेट नियम 101 सीएमआर पर। § 613.08 (3)

--	--	--	--

पत्र पानेवाला

कृपया चेक को देय करें और उसे भेज दें



देय राशि:

कृपया उचित वर्गों को पूरा करें और जितनी जल्दी हो सके संलग्न लिफाफे में लौटें।

पते में बदलाव

नाम (अंतिम, प्रथम, मध्य, प्रारंभिक)

पता

शहर राज्य पिन नंबर
दूरभाष

प्राथमिक बीमा अद्यतन

प्राथमिक बीमाकृत नाम

प्राथमिक बीमा का नाम प्रभावी तिथि

प्राथमिक बीमा सड़क का पता

शहर राज्य पिन नंबर

दूर
भाष

नियोक्ता का नाम

समूह संख्या

सब्सक्राइबर आईडी #

पॉलिसीधारक की जन्म तिथि

यदि क्रेडिट कार्ड से भुगतान करना, नीचे भरें

भुगतान का उपयोग करने वाला कार्ड चेक करें Mastercard

Visa Discover American Express

कार्ड नंबर

समाप्ति

तिथि

M M Y Y

हस्ताक्षर

राशि का

भुगतान

नाम छापें

माध्यमिक बीमा अद्यतन

माध्यमिक बीमा नाम

माध्यमिक बीमा का नाम

प्रभावी तिथि

माध्यमिक बीमा सड़क का पता

शहर राज्य पिन नंबर

दूरभाष

नियोक्ता का नाम

समूह संख्या

सब्सक्राइबर आईडी #

पॉलिसीधारक की जन्म तिथि

विवरण का स्पष्टीकरण

यह कथन आपके खाते के अवैतनिक शेष राशि का सार है जो अब आपकी ज़िम्मेदारी है प्रभार केवल हॉलमार्क हेल्थ सिस्टम द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं दर्शाते हैं।

हमसे संपर्क करें:

यह बिलिंग स्टेटमेंट केवल मौजूदा रोगी दायित्व के साथ प्रदान की गई सेवाओं का प्रतिनिधित्व करती है। अगर आप इस समय अपनी पूर्ण शेष राशि का भुगतान करने में असमर्थ हैं, तो वैकल्पिक भुगतान व्यवस्था पर चर्चा करने के लिए कृपया हमारे व्यावसायिक कार्यालय से संपर्क करें।

यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया वित्तीय सेवा विभाग को 781-338-7000 पर फोन करें। हमारे कार्यालय का समय सोमवार - शुक्रवार 8:00 पूर्वाह्न से 4:00 अपराह्न है। यदि आप मेल से हमसे संपर्क करना चुनते हैं, तो कृपया मरीज का नाम, खाता संख्या, सेवा की तारीख और अनुरोध का विवरण शामिल करें; अपना पत्राचार यहां भेजें:

हॉलमार्क हेल्थ सिस्टम

अतन: रोगी खाते

170 गवर्नर्स एवेन्यू

मेडफोर्ड एमए 02155

वित्तीय सहायता की उपलब्धता की सूचना:

अस्पताल संयुक्त राज्य के निवासियों के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाओं के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करता है जो भुगतान नहीं कर सकते हैं

नीचे दिए गए संघीय गरीबी दिशानिर्देश के आधार पर।

2017 के रूप में कम आय वाले मरीजों के लिए वित्तीय सहायता

परिवार यूनिट का आकार	पूर्ण सहायता के आय स्तर	आंशिक सहायता के आय स्तर
1	\$17,820.00	\$35,640.00
2	\$24,030.00	\$48,060.00
3	\$30,240.00	\$60,480.00
4	\$36,450.00	\$72,900.00

अतिरिक्त वित्तीय आवश्यकताएं या चिकित्सा कठिनाई के मामले में वैकल्पिक सहायता विभिन्न वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के जरिए उपलब्ध हो सकती है।

अत्यधिक जानकारी के लिए हमसे संपर्क करें:

07/2017