

COMMONSPIRIT HEALTH
प्रशासन नीति परिशिष्ट

परिशिष्ट वित्त G-003A-2

प्रभावी तिथि: 1 जनवरी, 2025

विषय: वित्तीय सहायता - Oregon

संबद्ध नीतियां

CommonSpirit प्रशासन नीति

वित्त G-003, *वित्तीय सहायता*

CommonSpirit प्रशासन नीति

वित्त G-004, *बिलिंग और कलेक्शन*

यह Oregon परिशिष्ट (परिशिष्ट) CommonSpirit प्रशासन नीति वित्त G-003, *वित्तीय सहायता* (वित्तीय सहायता नीति) को, आवश्यकतानुसार, वित्तीय सहायता नीति के "अन्य कानूनों के साथ समन्वय" खंड के अनुसार, अस्पताल चैरिटी केयर के प्रावधान के संबंध में Oregon विधियों और विनियमों के प्रकाश में और उनका अनुपालन करने के लिए पूरक बनाता है।

यह परिशिष्ट, वित्तीय सहायता नीति में परिभाषित अनुसार, Oregon राज्य में सभी CommonSpirit Health डायरेक्ट सहयोगियों और कर-मुक्त सहायक कंपनियों पर लागू होता है। यदि इस परिशिष्ट का कोई प्रावधान वित्तीय सहायता नीति के किसी प्रावधान के साथ टकराव में है या असंगत है, तो यह परिशिष्ट नियंत्रण करेगा।

परिभाषाएं

- आवेदन अवधि** का तात्पर्य CommonSpirit अस्पताल संगठन द्वारा मरीजों को वित्तीय सहायता आवेदन पूरा करने के लिए प्रदान किया गया समय है। अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के लिए भुगतान करने के बाद मरीज बारह (12) महीने तक किसी भी समय वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकता है।
- पात्रता योग्यता अवधि** - वित्तीय सहायता आवेदन और सहायक दस्तावेज़ सबमिट करने के बाद, योग्य होने के लिए अनुमोदित मरीजों को आवेदन अवधि के भीतर सभी योग्य खातों के लिए वित्तीय सहायता प्रदान की जाएगी और अस्पताल की निर्धारण तिथि से नौ (9) महीने की अवधि के लिए भावी रूप से वित्तीय सहायता दी जाएगी और मरीज को उस नौ महीने की अवधि के दौरान प्रदान की गई सेवाओं के लिए वित्तीय सहायता के लिए फिर से आवेदन करने की आवश्यकता नहीं होगी।
- पारिवारिक आय** - इसमें घर के सभी सदस्यों की आय शामिल है, जिसका अर्थ है सिंगल व्यक्ति या पति/पत्नी, घरेलू साझेदार, या माता-पिता और अठारह (18) वर्ष से कम आयु के बच्चे, जो एक साथ रहते हैं; और ORS 442.612 (6) के अनुसार अन्य व्यक्ति जिनके लिए वह सिंगल व्यक्ति, पति/पत्नी, घरेलू साझेदार या माता-पिता वित्तीय रूप से ज़िम्मेदार हैं।

वित्तीय सहायता के लिए योग्यता

- ORS 442.614 के अनुसार, जो मरीज वित्तीय सहायता के लिए योग्य होगा, उसे निःशुल्क या रियायती EMCare मिलेगा। किसी मरीज को वित्तीय सहायता के लिए स्क्रीनिंग या प्रावधान किए जाने से पहले, ORS 414.025 में परिभाषित अनुसार, चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करने की आवश्यकता नहीं है।

B. अस्पताल सुविधाएं किसी मरीज़ को संभावित वित्तीय सहायता के लिए जांचेंगी यदि मरीज़:

- बीमाकृत नहीं है;
- राज्य चिकित्सा सहायता कार्यक्रम में नामांकित है; या
- यदि लागू हो तो बीमा या तृतीय पक्ष भुगतानकर्ताओं से सभी समायोजन किए जाने के बाद अस्पताल को 500 डॉलर या उससे अधिक का भुगतान करना होगा।

इसके अलावा, मरीज़ को बिल देने से पहले अस्पताल सुविधा संस्थान संभावित वित्तीय सहायता के लिए मरीज़ की जांच करेगी तथा मरीज़ जिस भी सहायता के लिए योग्य होगा, उसे लागू करेगी। अस्पताल सुविधा केंद्र को मरीज़ को सूचित करना होगा कि उनकी संभावित वित्तीय सहायता के लिए जांच की गई है और मरीज़ को यह जानकारी देनी होगी कि यदि मरीज़ को वित्तीय सहायता देने से मना कर दिया गया है तो उसे किस प्रकार वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करना है, या मरीज़ को पूर्व में दी गई सहायता से अधिक अतिरिक्त वित्तीय सहायता के लिए किस प्रकार आवेदन करना है।

एक अस्पताल सुविधा इस परिशिष्ट में निर्धारित पात्रता मानदंडों के अनुसार किसी मरीज़ की घरेलू आय और परिवार के आकार की जांच और अनुमान लगाने के लिए Conifer, Waystar या Experian की तीसरे पक्ष की सेवाओं का उपयोग कर सकती है। स्क्रीनिंग प्रक्रिया से मरीज़ के क्रेडिट स्कोर पर कोई नकारात्मक प्रभाव नहीं पड़ेगा। प्रकल्पित वित्तीय सहायता के लिए स्क्रीनिंग के भाग के रूप में मरीज़ों को कोई अलग से सहायक दस्तावेज़ उपलब्ध कराने की आवश्यकता नहीं होगी, लेकिन मरीज़ स्वेच्छा से ऐसे दस्तावेज़ उपलब्ध करा सकते हैं। यदि स्क्रीनिंग प्रक्रिया रोगी के बारे में जानकारी देने में विफल रहती है, या यह निर्दिष्ट करती है कि रोगी की आय अज्ञात है, तो अस्पताल सुविधा अन्य उपलब्ध जानकारी के आधार पर रोगी की संभावित पात्रता स्थिति निर्धारित करने के लिए सद्भावनापूर्वक प्रयास करेगी। अस्पताल सुविधा संभावित पात्रता जांच के लिए उपयोग की जाने वाली विधियों का दस्तावेज़ीकरण करेगी।

C. वित्तीय सहायता नीति की शर्तों के अनुसार, जब तक कि संभावित वित्तीय सहायता के लिए योग्य न हो, वित्तीय सहायता के लिए योग्य होने के लिए मरीज़ को कुछ पात्रता मानदंडों को पूरा करना होगा। यह परिशिष्ट निम्नलिखित पात्रता मानदंडों को अपडेट करता है:

- मरीज़ की पारिवारिक आय FPL के 400% या उससे कम होनी चाहिए।
- कोई भी मरीज़ जिसकी पारिवारिक आय FPL के 200% या उससे कम है, उसे निःशुल्क देखभाल मिलेगी।
- कोई भी मरीज़ जिसकी पारिवारिक आय FPL के 201% से 300% के बीच है, उसे किसी भी तृतीय पक्ष(क्षों) द्वारा भुगतान के बाद, यदि कोई हो, रोगी को प्रदान की गई EMCare के लिए उसके खाते के शेष से 75% तक रियायती देखभाल प्राप्त होगी।
- कोई भी मरीज़ जिसकी पारिवारिक आय FPL के 301% से 350% के बीच है, उसे किसी भी तीसरे पक्ष(क्षों) द्वारा भुगतान के बाद, यदि कोई हो, मरीज़ को प्रदान की गई EMCare के लिए उसके खाते के शेष से 50% या अस्पताल सुविधा के AGB में से जो भी अधिक हो, तक की रियायती देखभाल प्राप्त होगी।
- कोई भी मरीज़ जिसकी पारिवारिक आय FPL के 351% से 400% के बीच है, उसे किसी भी तीसरे पक्ष(क्षों) द्वारा भुगतान के बाद, यदि कोई हो, मरीज़ को प्रदान की गई EMCare के लिए उसके खाते के शेष से 25% या अस्पताल सुविधा के AGB में से जो भी अधिक हो, तक की रियायती देखभाल प्राप्त होगी।

वित्तीय सहायता, रिफंड और अपील प्रक्रिया के लिए आवेदन करना

- A.** Oregon राज्य के निवासी द्वारा वित्तीय सहायता आवेदन पूरा किए जाने पर, रोगी को केवल अपनी घरेलू आय और किसी तीसरे पक्ष के बारे में जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता होगी, जो अस्पताल सुविधा द्वारा प्रदान की गई सेवाओं से जुड़ी लागतों के सभी या आंशिक रूप से उत्तरदायी हो सकता है। मरीज़ की परिसंपत्तियों के बारे में जानकारी देना वैकल्पिक होगा और ऐसी जानकारी का इस्तेमाल मरीज़ को वित्तीय सहायता देने से इनकार करने के लिए नहीं किया जाएगा।
- B.** यदि अस्पताल सुविधा ने पहले गलत तरीके से यह निर्धारित किया है कि रोगी गलत निर्धारण के समय मरीज़ द्वारा प्रदान की गई जानकारी के आधार पर सेवाओं के लिए वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं है, तो अस्पताल सुविधा को मरीज़ को फेडरल रिजर्व द्वारा निर्धारित दर पर वित्तीय सहायता की राशि पर ब्याज का भुगतान करना होगा और वित्तीय सहायता प्राप्त करने में मरीज़ द्वारा उठाए गए कानूनी खर्च और शुल्क जैसे अन्य संबंधित उचित लागतों का भी भुगतान करना होगा।
- C.** यदि कोई अस्पताल सुविधा किसी मरीज़ के वित्तीय सहायता आवेदन को पूरी तरह से या आंशिक रूप से अस्वीकार कर देती है, तो अस्पताल सुविधा अस्पताल सुविधा के निर्धारण के दस (10) व्यावसायिक दिनों के भीतर रोगी को इनकार के बारे में सूचित करेगी। मरीज़ पात्रता के निर्धारण के विरुद्ध लिखित बयान, व्यक्तिगत रूप से उपस्थित होकर, ईमेल द्वारा या अस्पताल सुविधा के ऑनलाइन पोर्टल के माध्यम से अपील कर सकते हैं। कोई भी मरीज़ नोटिस के पैंतालीस (45) दिनों के भीतर या पहली पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट की तारीख से दो सौ चालीस (240) दिनों के भीतर, जो भी बाद में हो, किसी भी समय अपनी पात्रता निर्धारण की अपील का अनुरोध कर सकता है। इसके अलावा, मरीज़ अस्पताल के मुख्य वित्तीय अधिकारी या उनके द्वारा नामित व्यक्ति द्वारा समीक्षा का अनुरोध कर सकता है। मरीज़ को अपनी अपील के समर्थन में अतिरिक्त दस्तावेज़ उपलब्ध कराने की आवश्यकता हो सकती है। अपील के लंबित रहने के दौरान, अस्पताल सुविधा संग्रह गतिविधियों को निलंबित कर देगी और यदि लागू हो, तो किसी भी संग्रह एजेंसी को भी अपनी संग्रह गतिविधियों को निलंबित करने के लिए सूचित करेगी। अस्पताल सुविधा अंतिम अपील बैठक की तारीख या आवेदन की कमियों से संबंधित सुधारों की प्राप्ति की तारीख से तीस (30) दिनों के भीतर अपील पर लिखित निर्धारण जारी करेगी, जो भी बाद में हो। अस्पताल सुविधा भी मरीज़ को उस तारीख के बारे में सूचित करेगी जिस दिन से निलंबित संग्रहण गतिविधियां पुनः शुरू होंगी।

CommonSpirit प्रशासन नीति वित्त G-003, *वित्तीय सहायता*, में निर्धारित अन्य सभी शर्तें अपरिवर्तित रहेंगी।