<table>
<tr><td rowspan="2">UNIVERSITY of MARYLAND MEDICAL SYSTEM

केंद्रीय व्यापार कार्यालय</td><td>पृष्ठ:
19 का 1</td><td>नीति संख्या:
CBO - 01</td></tr>
<tr><td>प्रभावी तिथि:
09/18/19</td><td>संशोधन तिथि (एकाधिक):
10/19/2020</td></tr>
<tr><td colspan="3">विषय: वित्तीय सहायता</td></tr>
</table>

की वर्ड: वित्तीय सहायता

उद्देश्य/पृष्ठभूमि:

यूनिवर्सिटी ऑफ़ मैरीलैंड मेडिकल सिस्टम ("UMMS") उन व्यक्तियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध है जिन्हें स्वास्थ्य सेवा की ज़रूरत है और जो अपनी व्यक्तिगत वित्तीय स्थिति के आधार पर किसी आपातकालीन और चिकित्सकीय दृष्टि से आवश्यक देखभाल प्राप्त करने के लिए किसी सरकारी कार्यक्रम के तहत बीमा नहीं प्राप्त हैं, कम बीमा प्राप्त हैं, बीमा प्राप्त करने के अयोग्य हैं या किसी अन्य प्रकार से भुगतान करने में असमर्थ हैं।

उपयुक्तता:

<u>कार्यक्रम योग्यता</u>

सहानुभूतिपूर्ण और उच्च गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के अपने लक्ष्य के अनुरूप और जिन लोगों के पास आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं का भुगतान करने के साधन उपलब्ध नहीं हैं, उनकी सहायता के लिए UMMC, MTC, UMROI, UMSJMC, UMBWMC, UMSMCC, UMSMCD, UMSMCE, UMCRMC, UCHS, और UM कैपिटल अस्पताल यह सुनिश्चित करने का प्रयास करता है कि स्वास्थ्य सेवा की आवश्यकता वाले लोगों की वित्तीय क्षमता के कारण उनकी स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने की क्षमता प्रभावित न हो।

वित्तीय सहायता कार्यक्रम के तहत कवरेज के लिए विशिष्ट बहिष्करण:

वित्तीय सहायता कार्यक्रम आम तौर पर प्रत्येक UMMS अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली सभी आपातकालीन और अन्य चिकित्सकीय आवश्यक देखभाल पर लागू होता है; हालांकि, वित्तीय सहायता कार्यक्रम निम्नलिखित में से किसी पर भी लागू नहीं होता है:

1. स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा प्रदान की गई ऐसी सेवाएँ, जो UMMS अस्पतालों से संबद्ध नहीं हैं(उदाहरण के लिए, टिकाऊ मेडिकल उपकरण, घर पर प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवाएँ)
2. ऐसे मरीज़ जिनके बीमा कार्यक्रम या नीति के अनुसार सेवा के लिए कवरेज देने से बीमा कंपनी मना कर देती है (उदाहरण के लिए, HMO, PPO या श्रमिक मुआवजा) वे मरीज़ वित्तीय सहायता कार्यक्रम के योग्य नहीं होंगे।
   a. आम तौर पर, वित्तीय सहायता कार्यक्रम उन सेवाओं को कवर करने के लिए उपलब्ध नहीं है जो मरीज़ की बीमा कंपनी द्वारा निषेधित हैं, हालाँकि, चिकित्सा और कार्यक्रम संबंधी प्रभावों को देखते हुए हर मामले में इसके अलग-अलग अपवाद हो सकते हैं।
3. कॉस्मेटिक या अन्य गैर-चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं।
4. मरीज़ सुविधा आइटम।
5. मरीज़ के लिए भोजन और आवास।
6. सेवा की तारीख से संबंधित चिकित्सक शुल्क को UMMS वित्तीय सहायता नीति से बाहर रखा गया है। जो मरीज़ चिकित्सक से संबंधित बिलों के लिए वित्तीय सहायता प्राप्त करना चाहते हैं, उन्हें सीधे चिकित्सक से संपर्क करना चाहिए।
   a. UMMS अस्पताल के अलावा, प्रत्येक UMMS अस्पताल में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल प्रदान करने वाले प्रदाताओं की एक सूची, जो निर्दिष्ट करती है कि कौन से प्रदाता इस नीति द्वारा कवर नहीं हैं (साथ ही कुछ ऐसे प्रदाता जो कवर किए गए हैं) प्रत्येक UMMS निकाय की वेबसाइट पर प्राप्त किया जा सकता है।

मरीज निम्नलिखित कारणों से वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य हो सकते हैं:

1. HMO, PPO, श्रमिक मुआवजा, मेडिकेड या अन्य बीमा योजना कार्यक्रमों के ज़रिए बीमा कवरेज प्राप्त होने पर, जो बीमा योजना संबंधी प्रतिबंधों/सीमाओं के कारण अस्पताल में भर्ती होने की स्वीकृति नहीं देते हैं।
2. वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए आवेदन जमा करने से पहले अन्य सहायक कार्यक्रमों के लिए स्क्रीनिंग कराने से इनकार करना।
3. लंबित कानूनी दायित्व दावे से संबंधित जानकारी का प्रकटीकरण करने से इनकार करना।
4. संयुक्त राज्य अमेरिका में यात्रा करने वाले विदेशी नागरिक, जो वैकल्पिक, गैर-आपातकालीन स्वास्थ्य सेवा की तलाश करते हैं।

कार्यक्रम के लिए अयोग्य साबित होने वाले मरीजों को किसी भी बकाया शेष राशि का भुगतान करना होगा और अगर बकाया राशि का एक सहमत समय सीमा के बाद भी भुगतान नहीं किया जाता है, तो उनका मामला अशोध्य ऋण उगाहने वाली सेवा को दिया जा सकता है।

जब तक वे संभावित वित्तीय सहायता पात्रता मानदंड को पूरा नहीं करते हैं, मरीजों को वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए एक पूर्ण वित्तीय सहायता आवेदन (सभी आवश्यक जानकारी और दस्तावेज़ीकरण के साथ) और वित्तीय सहायता के लिए योग्यता निर्धारित करने की आवश्यकता होगी। जो मरीज़ यह संकेत देते है कि वे बेरोजगार हैं और उनका कोई बीमा कवरेज नहीं है, उन्हें गैर-आपातकालीन चिकित्सा देखभाल प्राप्त करने से पहले एक वित्तीय सहायता आवेदन प्रस्तुत करना होगा बशर्ते वे संभावित वित्तीय सहायता पात्रता मानदंडों को पूरा न करते हों। यदि मरीज COBRA कवरेज के लिए योग्य माना जाता है, COBRA बीमा प्रीमियम का भुगतान करने की मरीज़ की वित्तीय क्षमता की वित्तीय सलाहकार / समन्वयक द्वारा समीक्षा की जाएगी और वरिष्ठ नेतृत्व से इसके लिए अनुशंसा की जाएगी। जो लोग स्वास्थ्य बीमा खरीदने में वित्तीय रूप से सक्षम हैं, उन्हें इसे खरीदने के लिए प्रोत्साहित किया जाएगा, ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि वे स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने में सक्षम हों और व्यक्तिगत रूप से पूर्णतः स्वस्थ रहें।

मैरीलैंड स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ एंड मेंटल हाइजीन मेडिकल असिस्टेंस प्लानिंग एडमिनिस्ट्रेशन के द्वारा 200% तक की आय वाले लोग देखभाल की कम लागत के लिए आय योग्यता सीमा ("MD DHMH") मुफ्त देखभाल के लिए योग्य हैं। MD DHMH के 200% से 300% के बीच के लोग स्लाइडिंग स्केल पर छूट प्राप्त करने योग्य हैं, जैसा कि अनुलग्नक ए में बताया गया है।

संभावित वित्तीय सहायता

संभावित वित्तीय सहायता पात्रता के लिए भी मरीजों पर विचार किया जायेगा। ऐसे उदाहरण हैं जब कोई मरीज वित्तीय सहायता के लिए योग्य पाया गया है, लेकिन इसके लिए कोई वित्तीय सहायता फ़ॉर्म जमा नहीं किया गया है। मरीज़ द्वारा या अन्य स्रोतों के माध्यम से पर्याप्त जानकारी दी गई है, जो मरीज़ को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए पर्याप्त साक्ष्य प्रदान करती है। जिस मामले में वित्तीय सहायता के लिए मरीज की पात्रता का समर्थन करने के लिए कोई सबूत नहीं है, वहाँ UMMS वित्तीय सहायता पात्रता और संभावित कम शुल्क पर देखभाल निर्धारित करने के आधार के लिए अनुमानित आय की मात्रा निर्धारित करने के लिए बाहरी एजेंसियों या सूचनाओं का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। एक बार निर्धारण हो जाने पर, संभावित परिस्थितियों की निहित प्रकृति के कारण जो वित्तीय सहायता दी जा सकती है, वह केवल खाता शेष राशि का 100% निरस्तीकरण है। संभावित वित्तीय सहायता पात्रता केवल उस विशिष्ट तिथि को कवर करेगी, जिस दिन मरीज़ को सेवा प्रदान की गई थी। संभावित पात्रता व्यक्तिगत जीवन की परिस्थितियों के आधार पर निर्धारित की जा सकती है, जिनमें ये शामिल हो सकती हैं:

a. सक्रिय मेडिकल सहायता फ़ार्मेसी कवरेज
b. निर्दिष्ट निम्न आय चिकित्सा (SLMB) कवरेज
c. प्राथमिक वयस्क देखभाल (PAC) कवरेज
d. बेघर
e. इन कार्यक्रमों के कवरेज के अतिरिक्त ER में मरीज़ों हेतु प्रदान की जाने वाली मेडिकल सहायता और मेडिकल प्रबंधित देखभाल
f. चिकित्सा सहायता के लिए खर्च की गई राशि
g. अन्य राज्य या स्थानीय सहायता कार्यक्रमों के लिए योग्यता

h. मरीज़ की मृत्यु हो गई है और उसकी कोई ज्ञात संपत्ति नहीं है
i. वे मरीज़ जिन्हें पहले के केवल राज्य हेतु चिकित्सा सहायता कार्यक्रम के तहत निर्धारित मानदंडों के अनुसार योग्य माना गया था
j. संयुक्त राज्य से बाहर के नागरिक, जिन्हें अयोग्य माना गया था
k. चिकित्सा सहायता के योग्य मरीज़ों के लिए गैर-योग्य चिकित्सा सहायता सेवाएँ
l. पहचाने न गए रोगी (Doe खाते, जिनका पता लगाने या पहचान करने के सभी प्रयास असफल हो चुके हैं)
m. दिवालियापन, कानून द्वारा, जैसा कि संघीय अदालतों द्वारा अनिवार्य है
n. सेंट क्लेयर आउटरीच कार्यक्रम योग्य मरीज
o. UMSJMC मातृत्व कार्यक्रम योग्य मरीज
p. UMSJMC हर्निया कार्यक्रम योग्य मरीज

विशिष्ट सेवाएँ या मानदंड जो संभावित वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अयोग्य हैं, उनमें शामिल हैं:

a. आपातकालीन याचिका के तहत आपातकालीन विभाग में देखे गए ऐसे मरीज़, जिनका बिल नहीं हुआ है, वे संभावित वित्तीय सहायता कार्यक्रम के अधीन तब तक नहीं माने जाएँगे, जब तक कि मैरीलैंड मेडिकेड साइक कार्यक्रम को बिल नहीं भेजा जाता है।

नीति:

इस नीति को UMMS कार्यकारी अनुपालन समिति (ECC) बोर्ड द्वारा 19 अक्टूबर, 2020 को अनुमोदित किया गया था। यह नीति यूनिवर्सिटी ऑफ मैरीलैंड मेडिकल सिस्टम ("UMMS अस्पताल") की निम्नलिखित अस्पताल की सुविधाओं पर लागू होती है:

- University of Maryland Medical Center (UMMC)
- University of Maryland Medical Center Midtown Campus (MTC)

- University of Maryland Rehabilitation & Orthopaedic Institute (UMROI)
- University of Maryland St. Joseph Medical Center (UMSJMC)
- University of Maryland Baltimore Washington Medical Center (UMBWMC)
- University of Maryland Shore Medical Center at Chestertown (UMSMCC)
- University of Maryland Shore Medical Center at Dorchester (UMSMCD)
- University of Maryland Shore Medical Center at Easton (UMSME)
- University of Maryland Charles Regional Medical Center (UMCRMC)
- University of Maryland Upper Chesapeake Health (UCHS)
- University of Maryland Capital Region Health (UM Capital)

निर्दिष्ट मानदंडों को पूरा करने वाले और ऐसी सहायता प्रदान करने का अनुरोध करने वाले मरीजों को उनकी निर्धनता या उच्च चिकित्सा व्ययों के आधार पर वित्तीय सहायता प्रदान करना UMMS अस्पतालों की नीति है। निम्नलिखित नीति कथन का उद्देश्य यह वर्णन करना है कि वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कैसे किए जाएं, पात्रता के मानदंड क्या हैं और आवेदन संसाधित करने के चरण क्या हैं।

UMMS प्रत्येक UMMS अस्पताल के आपातकालीन कक्ष (यदि कोई हो) और भर्ती क्षेत्रों, साथ ही बिलिंग कार्यालय में वित्तीय सहायता की उपलब्धता की सूचना देगा। मरीज़ के बिलों के साथ उपलब्धता की सूचना भी मरीज़ को भेजी जाएगी। मुख्य मरीज़ पहुंच वाले क्षेत्रों में साइनेज उपलब्ध कराए जाएँगे। अस्पताल से छुट्टी से पहले एक मरीज बिलिंग और वित्तीय सहायता सूचना पत्रक प्रदान किया जाएगा और यह (इस नीति और वित्तीय सहायता आवेदन के साथ) सभी मरीजों के लिए अनुरोध पर एवं बिना किसी शुल्क के मेल और आपातकालीन कक्ष (यदि कोई हो) और प्रवेश क्षेत्रों में उपलब्ध होगा। यह नीति, मरीज बिलिंग और वित्तीय सहायता सूचना पत्रक, और वित्तीय सहायता आवेदन भी UMMS वेबसाइट (www.umms.org) पर स्पष्ट रूप से पोस्ट किया जाएगा।

वित्तीय सहायता तब दी जा सकती है जब किसी मरीज की व्यक्तिगत वित्तीय परिस्थितियों की समीक्षा की गई हो और उसे दस्तावेज़ीकृत किया गया हो। इसमें मरीज़ के मौजूदा चिकित्सा व्ययों और दायित्वों (जिसमें ऐसे सभी खाते शामिल हैं जो अशोध्य ऋण यानी डूबी हुई रकम से संबंधित हैं, सिवाय उनके जिन पर मुकदमा चला हो और निर्णय प्राप्त किया गया हो) और किसी भी अनुमानित चिकित्सा व्यय की समीक्षा शामिल होनी चाहिए। वित्तीय सहायता आवेदन उन रोगियों को प्रस्तुत किए जा सकते हैं जिनके खाते संग्रह एजेंसी के पास हैं।

UMMS भुगतान करने की मरीज़ की क्षमता का निर्धारण एकमात्र अपने विवेकानुसार करता है। आपातकालीन सेवा के लिए आए सभी मरीज़ों का इलाज उनकी भुगतान करने की क्षमता पर ध्यान दिए बिना किया जाएगा। आकस्मिक / तत्काल सेवाओं के लिए, फ़ाइनेंशिल क्लीयरेंस प्रोग्राम के लिए आवेदन पूरा किया जाएगा, प्राप्त किया जाएगा और उसका अच्छी तरह से मूल्यांकन किया जाएगा तथा इस प्रक्रिया के कारण मरीज़ों को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में कोई विलंब नहीं किया जाएगा।

यह नीति University of Maryland St. Joseph Medical Center (UMSJMC) के लिए 1 जून, 2013 से प्रभावी रूप से अपनाई गई थी।

यह नीति University of Maryland Medical Center Midtown Campus (MTC) के लिए 22 सितंबर, 2014 से प्रभावी रूप से अपनाई गई थी।

यह नीति University of Maryland Baltimore Washington Medical Center (UMBWMC) के लिए 1 जून, 2016 से प्रभावी रूप से अपनाई गई थी।

यह नीति University of Maryland Shore Medical Center at Chestertown (UMSMCC) के लिए 1 सितंबर, 2017 से प्रभावी रूप से अपनाई गई थी।

यह नीति University of Maryland Shore Medical Center at Dorchester (UMSMCD) के लिए 1 सितंबर, 2017 से प्रभावी रूप से अपनाई गई थी।

यह नीति University of Maryland Shore Medical Center at Easton (UMSMCE) के लिए 1 सितंबर 2017 से प्रभावी रूप से अपनाई गई थी।

यह नीति University of Maryland Charles Regional Medical Center (UMCRMC) के लिए 2 दिसंबर 2018 से प्रभावी रूप से अपनाई गई थी।

यह नीति University of Maryland Upper Chesapeake Health (UCHS) के लिए 1 जुलाई 2019 से प्रभावी रूप से अपनाई गई थी।

यह नीति University of Maryland Capital Region Health (UM Capital) के लिए 18 सितंबर 2019 से प्रभावी रूप से अपनाई गई थी।

प्रक्रिया:

1. कुछ तय व्यक्ति वित्तीय सहायता आवेदन लेने के लिए उत्तरदायी होंगे। ये कर्मचारी वित्तीय सलाहकार, मरीज़ वित्तीय प्राप्य समन्वयक, ग्राहक सेवा प्रतिनिधि, आदि हो सकते हैं।

2. सेवा की तारीख से पहले वित्तीय मंजूरी प्रदान करने के लिए हर संभव प्रयास किया जाएगा। जहां संभव हो, निर्दिष्ट कर्मचारी वित्तीय सहायता का अनुरोध करने वाले मरीज़ों से फ़ोन पर या मिलकर बात करेंगे, ताकि यह निर्धारित हो सके कि मरीज़ सहायता के लिए प्राथमिक मानदंडों को पूरा करते हैं या नहीं.

a. जो मरीज़ ख़ुद भुगतान करते हैं, उनके लिए कर्मचारी मेडिकेड कार्यक्रम के साथ एक योग्यता जाँच पूरी करेंगे, ताकि यह पुष्टि हो सके कि मरीज़ को वर्तमान में कवरेज प्राप्त है या नहीं।

b. संभावित पात्रता निर्धारित करने के लिए प्रारंभिक डेटा तृतीय पक्ष के डेटा एक्सचेंज सिस्टम में दर्ज किया जाएगा। यह प्रक्रिया पूरी की जा सके, इसके लिए प्रत्येक आवेदक को अपने परिवार के सदस्यों और आय की जानकारी प्रदान करनी होगी। प्रक्रिया पूरी करने में आवेदकों की मदद के लिए हम एक आवेदन प्रदान करेंगे, जिससे उन्हें जानकारी मिलेगी कि योग्यता के अंतिम रूप से निर्धारण के लिए कौन से दस्तावेज़ों की आवश्यकता है।

c. मरीज़ की ओर से दिए गए आवेदनों को तृतीय पक्ष के डेटा और वर्कफ़्लो टूल में ट्रैक किया जाएगा, उस पर काम किया जाएगा और योग्यता निर्धारित की जाएगी। औपचारिक रूप से वित्तीय सहायता का अनुरोध करने वाले प्रत्येक मरीज़ को अंतिम निर्धारण का एक पत्र प्रस्तुत किया जाएगा। चैरिटी देखभाल सेवाओं, चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन, या दोनों के लिए मरीज़ के अनुरोध के बाद संभावित पात्रता का निर्धारण दो व्यावसायिक दिनों के भीतर किया जाएगा

d. यदि कोई मरीज पात्रता के अंतिम निर्धारण के लिए आवश्यक जानकारी या दस्तावेज के बिना वित्तीय सहायता आवेदन प्रस्तुत करता है, तो अप्राप्त जानकारी या दस्तावेज के लिए एक लिखित अनुरोध मरीज को भेजा जाएगा। इस लिखित अनुरोध में कार्यालय या विभाग की संपर्क जानकारी (टेलीफोन नंबर और स्थान सहित) भी शामिल होगी जो वित्तीय सहायता कार्यक्रम और आवेदन प्रक्रिया में सहायता के बारे में जानकारी प्रदान कर सकती है।

e. पात्रता के लिए विचार किए जाने के लिए आवश्यक जानकारी या दस्तावेज प्रस्तुत करने के लिए मरीज के पास यह लिखित अनुरोध प्रदान किए जाने की तारीख से तीस (30) दिन तक होंगे। अगर 30 दिनों के भीतर कोई डेटा प्राप्त नहीं होता है, तो एक अस्वीकार पत्र से सूचित किया जाएगा कि आवश्यक दस्तावेज़ों की कमी के कारण मामला अब बंद हो गया है। मरीज कार्यक्रम के लिए फिर से आवेदन कर सकते हैं और अप्राप्त सूचना/दस्तावेज के लिए लिखित अनुरोध की तारीख के 30 दिन बाद अप्राप्त जानकारी या दस्तावेज जमा करके एक नया मामला शुरू कर सकते हैं।

f. अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद का मरीज़ का पहला बिल भेजे जाने के बाद वित्तीय सहायता आवेदन प्रक्रिया कम से कम 240 दिनों के लिए खुली रहेगी।

g. अस्पताल की वित्तीय सहायता नीति के बारे में व्यक्तिगत सूचना अस्पताल में सेवा चाहने वाले प्रत्येक व्यक्ति को भर्ती होने से पहले या भर्ती होने के समय प्रदान की जाएगी।

3. UMMC, MTC, UMROI, UMSJMC, UMBWMC, UMSMCC, UMSMCD, UMSMCE, UMCRMC, UCHS, और UM Capital के लिए एक ही आवेदन प्रक्रिया होगी। मरीज़ को एक पूर्ण रूप से भरा हुआ वित्तीय सहायता आवेदन मौखिक या लिखित रूप में देना आवश्यक है। इसके अलावा, निम्नलिखित की आवश्यकता हो सकती है:

a. उनके सबसे हालिया संघीय आयकर रिटर्न की एक प्रति (अगर शादीशुदा है और अलग से फ़ाइल कर रहा है, तो अपने पति/पत्नी के आयकर रिटर्न की एक प्रति भी); विकलांगता आय का प्रमाण (यदि लागू हो) सामाजिक सुरक्षा आय का प्रमाण (यदि लागू हो)। अगर बेरोज़गार है, तो बेरोज़गारी का उचित प्रमाण जैसे बेरोजगारी बीमा के कार्यालय का विवरण, वित्तीय सहायता के वर्तमान स्रोत का विवरण आदि ......

b. अपनी हाल के वेतन रसीद (अगर नौकरी कर रहे हैं) या आय का अन्य प्रमाण की एक प्रति।

c. निर्धारण की एक चिकित्सा सहायता सूचना (यदि लागू हो)।

d. अपने बंधक या किराए के बिल की एक प्रति (यदि लागू हो) या अपनी वर्तमान निवास/आवास स्थिति से संबंधित लिखित दस्तावेज़।

यदि कोई मरीज अपने हाल के संघीय आयकर रिटर्न की एक प्रति और अपने हाल के वेतन की रसीद (या आय के अन्य प्रमाण) की एक प्रति जमा करता है, और दो दस्तावेजों में से केवल एक वित्तीय सहायता के लिए पात्रता को संकेत करता है, ऐसी स्थिति में नवीनतम दस्तावेज़ पात्रता निर्धारित करेगा। आवश्यक जानकारी मौखिक रूप से प्रस्तुत करना स्वीकार किया जाएगा, जहां उचित होगा।

4. आय के आधार पर वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करने के अलावा, मरीज पर्याप्त बीमा की कमी या नीचे वर्णित वित्तीय कठिनाई मानदंडों के आधार पर अत्यधिक चिकित्सा व्यय के माध्यम से वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त कर सकता है। जब मरीज़ सारी

आवश्यक जानकारी पेश कर देता है,तो वित्तीय परामर्शदाता आवेदन की समीक्षा और विश्लेषण करेगा और उसे मरीज़ हेतु वित्तीय सेवा विभाग को अग्रेषित करेगा, ताकि UMMS के दिशानिर्देशों के अनुसार अंतिम रूप से योग्यता का निर्धारण किया जा सके।

a. अगर वित्तीय सहायता के लिए मरीज़ का आवेदन पूर्ण और उचित पाया जाता है, तो वित्तीय संयोजक मरीज़ की योग्यता का स्तर अनुशंसित करेगा और दूसरे तथा अंतिम स्वीकृति के लिए अग्रेषित कर देगा।
   i. अगर मरीज़ वित्तीय सहायता के योग्य है, तो वित्तीय संयोजक क्लीनिकल स्टाफ़ को सूचित करेगा, जो उचित अस्पताल-आधारित सेवा के लिए मरीज़ का शेड्यूल निर्धारित कर सकते हैं।
   ii. यदि मरीज वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं है, तो वित्तीय संयोजक इस निर्धारण के बारे में क्लीनिकल स्टाफ़ को सूचित करेगा और फिर गैर-आपातकालीन/आपातकालीन अस्पताल-आधारित सेवा का शेड्यूल निर्धारित नहीं किया जाएगा।
      1. मरीज को अस्पताल-आधारित, गैर-आकस्मिक/अत्यावश्यक सेवाओं के लिए शेड्यूल नहीं किया जा सकता है, इस निर्णय पर क्लिनिकल चेयर के अनुरोध पर वित्तीय मंजूरी कार्यकारी समिति द्वारा पुनर्विचार किया जा सकता है।

5. जब मरीज़ को वित्तीय सहायता के लिए स्वीकृति मिल जाती है, तो वित्तीय सहायता कवरेज निर्धारण के महीने और निर्धारण से एक वर्ष पहले के लिए प्रभावी होता है। हालांकि, एक UMMS अस्पताल वित्तीय सहायता पात्रता अवधि को हर एक मामले के आधार पर पूर्व या भविष्य में आगे बढ़ाने का निर्णय ले सकता है। अगर अतिरिक्त स्वास्थ्य सेवाएँ स्वीकृत अवधि के बाद भी प्रदान की जानी हैं, तो मरीज़ को स्वीकृति पाने के लिए कार्यक्रम में फिर से आवेदन करना होगा। साथ ही, ऐसी अपेक्षा की जाती है कि मरीज़ की आय, संपत्ति, ख़र्च या पारिवारिक स्थिति में होने वाले परिवर्तनों के बारे में वित्तीय सहायता कार्यक्रम विभाग को सूचित किया जाएगा। मरीज़ को वित्तीय सहायता के लिए स्वीकृति मिल जाने पर और सभी शेष राशि जिसके लिए मरीज उत्तरदायी है उसका भुगतान कर दिए जाने के बाद, नीचे परिभाषित सभी असाधारण संग्रह कार्रवाई गतिविधियों को समाप्त कर दिया जाएगा।

6. खाते की शेष राशि जिनका भुगतान नहीं किया गया है, उन्हें अशोध्य ऋण (मानित अप्रतिपूर्ति देखभाल) में स्थानांतरित किया जा सकता है और कानूनी और/या संग्रह गतिविधि के लिए किसी बाहरी संग्रह एजेंसी या UMMS अस्पताल के वकील को भेजा जा सकता है। संग्रह एजेंसी या अस्पताल के वकील द्वारा अस्पताल की ओर से की गई उगाही गतिविधियों में निम्नलिखित असाधारण संग्रह क्रियाएं (ECA) शामिल हो सकती हैं:
   a. उपभोक्ता क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों या क्रेडिट ब्यूरो को व्यक्ति के बारे में प्रतिकूल जानकारी की रिपोर्ट करना।
   b. व्यक्ति के खिलाफ एक अर्थविधानिक कार्रवाई शुरू करना।
   c. किसी व्यक्ति की संपत्ति पर वैध अधिकार रखना। बाल्टीमोर सिटी में प्राथमिक आवासों पर न्यायालय द्वारा एक वैध अधिकार रखा जाएगा। अस्पताल प्राथमिक आवास को पहले बंद करने का प्रयास नहीं करेगा, लेकिन यदि किसी संपत्ति को अन्यथा बंद कर दिया जाता है, तो वह एक सुरक्षित लेनदार के रूप में अपनी स्थिति बनाए रखेगा।
   d. किसी के व्यक्तिगत बैंक खाते या किसी अन्य व्यक्तिगत संपत्ति को संलग्न करना या जब्त करना।
   e. व्यक्तिगत वेतन को निवेशित करना।

7. जिन खातों पर किसी तरह का विवाद न हो या भुगतान व्यवस्था नहीं हैं, उन पर ECA लिया जा सकता है। मरीज़ को अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद पहला बिल देने के 120 दिनों बाद और ECA कार्रवाई करने से 30 दिनों पहले इसकी लिखित सूचना दी जाएगी। यह लिखित सूचना संकेत करेगा कि योग्य व्यक्तियों के लिए वित्तीय सहायता उपलब्ध है जो ECA की पहचान करते हैं, कि अस्पताल (या इसकी संग्रह एजेंसी, वकील, या अन्य अधिकृत पार्टी) देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने का इरादा रखती है और एक समय सीमा बताती है जिसके बाद ऐसे ECA शुरू किए जा सकते हैं। इसमें एक मरीज बिलिंग और वित्तीय सहायता सूचना पत्रक भी शामिल होगा। इसके अलावा, अस्पताल मरीज को वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में मौखिक रूप से बताने के लिए उचित प्रयास करेगा और आवेदन प्रक्रिया में सहायता मिले इसके लिए मरीज को बताएगा। किसी भी ECA को लिए जाने से पहले एक संभावित पात्रता समीक्षा की जाएगी।

अंततः जब तक CBO राजस्व चक्र से स्वीकृती नही मिल जाती तब तक कोई ECA शुरू नहीं किया जाएगा। UMMS निम्नलिखित ECAs में शामिल नहीं होगा:

a. किसी अन्य पक्ष को ऋण बेचना।

b. अदालत का फैसला आने से पहले मरीजों द्वारा वहन किए गए बिलों पर ब्याज वसूलना

8. यदि कोई सेवा प्राप्त करने से पहले एक मरीज को उस सेवा के लिए वित्तीय सहायता के लिए अपात्र होने का निर्धारण किया जाता है, तो सह-भुगतान, कटौती या सेवा के लिए अपेक्षित शेष राशि का प्रतिशत एकत्र करने के सभी प्रयास सेवा की तारीख से पहले किए जाएंगे या हो सकते हैं जो सेवा की तिथि पर संग्रह के लिए निर्धारित किया जाएगा।

9. अंतिम निर्णय के बारे में सूचित करने वाला एक पत्र औपचारिक रूप से आवेदन जमा करने वाले प्रत्येक मरीज़ को भेजा जाएगा। मरीज को पात्रता निर्धारण (सहायता जिसके लिए व्यक्ति पात्र है, यदि लागू हो) और निर्धारण के आधार के बारे में लिखित रूप में पत्र द्वारा सूचित किया जाएगा। यदि मरीज को नि:शुल्क देखभाल के अलावा अन्य सहायता के लिए पात्र होने के लिए निर्धारित किया जाता है, तो मरीज को एक बिलिंग विवरण भी प्रदान किया जाएगा जो यह दर्शाता है कि वित्तीय सहायता लागू करने के बाद रोगी की देखभाल के लिए राशि बकाया है।

10. रिफंड संबंधी निर्णय इस आधार पर किए जाते हैं कि मरीज़ को कब भुगतान करने में असमर्थ पाया गया था, बजाय इसके कि कब मरीज़ के द्वारा भुगतान किए गए थे। क्रेडिट शेष राशि, मरीज़ के भुगतानों, वित्तीय सहायता की मंज़ूरी जैसे कारणों से स्वीकृत राशि के आधार पर मरीज़ को रिफंड की जा सकती है। वित्तीय सहायता पात्रता के दौरान दी गई देखभाल के लिए प्राप्त भुगतान वापस कर दिए जाएंगे, यदि राशि मरीज की निर्धारित ज़िम्मेदारी से 5.00 डॉलर अधिक है।

11. यदि कोई मरीज वित्तीय सहायता हेतु योग्य होने के लिए दृढ़ संकल्पित है, तो अस्पताल (और/या इसकी संग्रह एजेंसी या वकील) वित्तीय सहायता पात्रता के दौरान प्रदान की गई देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने के लिए मरीज के खिलाफ किए गए किसी भी ECA को रद्द करने के लिए सभी उचित उपलब्ध उपाय करेगा। इस तरह के उचित रूप से उपलब्ध उपायों में मरीज की संपत्ति पर मरीज द्वारा उठाए गए उगाही या वैध अधिकार के खिलाफ किसी भी तरह के निर्णय करने के उपाय शामिल होंगे, और मरीज की क्रेडिट रिपोर्ट से उपभोक्ता रिपोर्टिंग एजेंसी या क्रेडिट ब्यूरो को रिपोर्ट की गई किसी भी प्रतिकूल जानकारी को हटा दिया जाएगा।

12. जिन मरीज़ों के पास अन्य चिकित्सा सेवाएँ (जैसे, प्राथमिक या द्वितीयक बीमा कवरेज या एक आवश्यक सेवा प्रदाता, जिसे कार्व-आउट भी कहते हैं) उपलब्ध हैं, तो उसे वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए आवेदन करने से पहले अपने नेटवर्क लाभों का पूरी तरह से उपयोग कर लेना चाहिए।

13. वित्तीय सहायता कार्यक्रम फैकल्टी फिजिशियन सहित, (FPI) द्वारा पूर्ण किए गए वित्तीय सहायता आवेदनों को UMMS वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए स्वीकार करेगा। इसमें FPI की आवेदन आवश्यकताओं को स्वीकार करना शामिल है।

14. वित्तीय सहायता कार्यक्रम, कार्यक्रम के लिए पात्रता निर्धारित करने में अन्य सभी UMMS अस्पताल के पूर्ण वित्तीय सहायता आवेदनों को स्वीकार करेगा। इसमें प्रत्येक सुविधा के आवेदन प्रारूप को स्वीकार करना शामिल है।

15. वित्तीय सहायता कार्यक्रम में पर्यवेक्षित रहने की जगह और भोजन शामिल नहीं है, जबकि मरीज के लिए कार्यक्रम के दिन में यह शामिल है।

16. जहां एक अनिवार्य शैक्षिक और/या मानवीय लाभ होता है, क्लिनिकल स्टाफ वित्तीय सहायता स्वीकृति के लिए वित्तीय सहायता कार्यक्‍रम के दिशानिर्देशों के अपवादों पर हर एक मामले के आधार पर विचार करने का अनुरोध कर सकता है।
    a. अपवाद के आधार पर वित्तीय मंजूरी/सहायता का अनुरोध करने वाले संकाय को मरीज को सेवाएं प्राप्त करने से पहले वित्तीय मंजूरी कार्यकारी समिति को उचित औचित्य प्रस्तुत करना होगा।
    b. मुख्य चिकित्सा अधिकारी वित्तीय मंजूरी कार्यकारी समिति के निर्धारण के बारे में उपस्थित चिकित्सक और वित्तीय सहायता कर्मचारियों को सूचित करेंगे।

<u>वित्तीय कठिनाई</u>

UMMC, MTC, UMROI, UMSJMC, UMBWMC, UMSMCC, UMSMCD, UMSMCE, UMCRMC, UCHS, और UM कैपिटल में से किसी पर भी बीमाकृत चिकित्सा लागत की राशि पर वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए रोगी की पात्रता निर्धारित करने पर विचार किया जाएगा। निम्नलिखित दिशानिर्देश वित्तीय सहायता के एक पृथक, पूरक निर्धारण के रूप में दिए गए हैं, जिन्हें वित्तीय कठिनाई के रूप में जाना जाता है। वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने वाले और पात्र होने वाले सभी मरीज़ों को वित्तीय कठिनाई सुविधा प्रदान की जाएगी।

चिकित्सा संबंधी वित्तीय कठिनाई सहायता उन मरीज़ों के लिए उपलब्ध है जो अन्यथा इस नीति के प्राथमिक दिशानिर्देशों के तहत वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं हैं, लेकिन जिनके लिए:

1. UMMC, MTC, UMROI, UMSJMC, UMBWMC, UMSMCC, UMSMCD, UMSMCE, UMCRMC, UCHS, और UM कैपिटल पर उनका चिकित्सा ऋण परिवार की वार्षिक घरेलू आय के 25% से अधिक है जो चिकित्सा वित्तीय कठिनाई उत्पन्न करता है।

वे मरीज जो प्राथमिक वित्तीय सहायता मानदंड के तहत कम लागत देखभाल और वित्तीय कठिनाई सहायता मानदंड दोनों के लिए पात्र हैं, UMMC, MTC, UMROI, UMSJMC, UMBWMC, UMSMCC, UMSMCD, UMSMCE, UMCRMC, UCHS और UM कैपिटल के तहत कुल वार्षिक घरेलू आय के 25% से अधिक बकाया राशि के शुल्क में कमी प्रदान के जाएगी।

वित्तीय कठिनाई को UMMC, MTC, UMROI, UMSJMC, UMBWMC, UMSMCC, UMSMCD, UMSMCE, UMCRMC, UCHS, और UM कैपिटल पर बारह (12) महीने की अवधि में एक परिवार के द्वारा चिकित्सकीय रूप से आवश्यक उपचार के लिए, जो उस परिवार की वार्षिक आय के 25% से अधिक हो।

चिकित्सा ऋण को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक उपचार के लिए UMMC, MTC, UMROI, UMSJMC, UMBWMC, UMSMCC, UMSMCD, UMSMCE, UMCRMC, UCHS, और/या UM कैपिटल पर किए गए सुविधा शुल्कों के लिए जेब खर्च के रूप में परिभाषित किया गया है।

जब मरीज़ को वित्तीय सहायता के लिए स्वीकृति मिल जाती है, तो वित्तीय सहायता कवरेज निर्धारण के महीने और निर्धारण से एक वर्ष पहले के लिए प्रभावी होता है। हालांकि, एक UMMS अस्पताल वित्तीय कठिनाई पात्रता अवधि को हर एक मामले के आधार पर पूर्व या भविष्य में आगे बढ़ाने का निर्णय ले सकता है। इसके तहत मरीज़ और घर में रहने वाले निकट परिवार-जनों को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक उपचार स्वीकृत कम लागत पर योग्यता अवधि तक प्राप्त होगा।

प्राथमिक वित्तीय सहायता कार्यक्रम मानदंडों के लिए अन्य सभी योग्यता, अयोग्यता और प्रक्रियाएँ वित्तीय कठिनाई सहायता मानदंडों पर भी लागू होती हैं, बशर्ते अन्यथा उल्लेख न किया गया हो।

अपील

- जिन मरीज़ों का वित्तीय सहायता आवेदन ख़ारिज कर दिया गया है, वे इस निर्णय के विरुद्ध अपील कर सकते हैं।
- अपील मौखिक या लिखित रूप से की जा सकती है।
- मरीज़ों को ऐसे अतिरिक्त सहायक दस्तावेज़ जमा करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है, जो आवेदन ख़ारिज करने के निर्णय को बदलने का औचित्य सिद्ध करते हों।
- अपील तीसरे पक्ष के डेटा और वर्कफ़्लो टूल के अंदर दस्तावेज़ीकृत होते हैं। इसके बाद उनकी समीक्षा उस प्रतिनिधि के ऊपर के प्रबंधन के अगले स्तर द्वारा की जाती है जिसने मूल आवेदन को अस्वीकार कर दिया था।
- अगर पहली बार अपील करने पर आवेदन ख़ारिज करने का निर्णय नहीं बदला जाता है, तो मरीज़ इस पर अधिक विचार के लिए इसे प्रबंधन के अगले स्तर पर भेज सकता है।
- मुख्य वित्तीय अधिकारी के पास अंतिम रूप से अपील की जा सकती है, जो अंतिम निर्णय लेगा।
- औपचारिक रूप से अपील करने वाले प्रत्येक मरीज़ को निर्णय की सूचना देने वाला एक पत्र भेजा जाएगा।

अनुलग्नक:

अनुलग्नक ए

<u>स्लाइडिंग स्केल - देखभाल की कम लागत</u>

2021 संघीय गरीबी सीमा (FPL) और मैरीलैंड स्वास्थ्य एवं मानसिक स्वच्छता विभाग (DHMH) वार्षिक आय पात्रता सीमा दिशानिर्देश			UMMS 100% चैरिटी	UMMS 90% चैरिटी	UMMS 80% चैरिटी	UMMS 70% चैरिटी	UMMS 60% चैरिटी	UMMS 50% चैरिटी	UMMS 40% चैरिटी	UMMS 30% चैरिटी	UMMS 20% चैरिटी	UMMS 10% चैरिटी
			MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 200% तक के बराबर	MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 210% तक के बराबर	MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 220% तक के बराबर	MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 230% तक के बराबर	MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 240% तक के बराबर	MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 250% तक के बराबर	MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 260% तक के बराबर	MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 270% तक के बराबर	MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 280% तक के बराबर	MD DHMH वार्षिक आय सीमा के 290% तक के बराबर
हाउस-होल्ड (HH) साइज़	2021 FPL वार्षिक आय पात्रता सीमा	2021 MD DHMH वार्षिक आय पात्रता सीमा	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:	यदि आपकी कुल वार्षिक HH आय का स्तर बराबर या उससे कम है:
साइज़	**तक**	**तक**	**अधिकतम**	**अधिकतम**	**अधिकतम**	**अधिकतम**	**अधिकतम**	**अधिकतम**	**अधिकतम**	**अधिकतम**	**अधिकतम**	**अधिकतम**
1	12,760	**$17,785**	$35,570	$37,349	$39,127	$40,906	$42,684	$44,463	$46,241	$48,020	$49,798	$53,354
2	17,240	**$24,045**	$48,090	$50,495	$52,899	$55,304	$57,708	$60,113	$62,517	$64,922	$67,326	$72,134
3	21,720	**$30,305**	$60,610	$63,641	$66,671	$69,702	$72,732	$75,763	$78,793	$81,824	$84,854	$90,914
4	26,200	**$36,581**	$73,162	$76,820	$80,478	$84,136	$87,794	$91,453	$95,111	$98,769	$102,427	$109,742
5	31,800	**$42,841**	$85,682	$89,966	$94,250	$98,534	$102,818	$107,103	$111,387	$115,671	$119,955	$128,522
6	37,400	**$49,100**	$98,200	$103,110	$108,020	$112,930	$117,840	$122,750	$127,660	$132,570	$137,480	$147,299

*उपरोक्त सभी छूट उस राशि पर लागू होंगी जिस पर बीमा प्रतिपूर्ति के बाद भुगतान करने के लिए मरीज व्यक्तिगत रूप से उत्तरदायी है।

* स्लाइडिंग स्केल (या वित्तीय कठिनाई सहायता के लिए) पर देखभाल की कम लागत के लिए स्वीकृति प्राप्त करने वाले मरीजों को बिल की गई राशि बीमा (AGB) वाले लोगों को आम तौर पर बिल की गई राशि से कम होगी, जो कि मैरीलैंड में सेवा लागत समीक्षा आयोग (HSCRC) स्वास्थ्य द्वारा निर्धारित शुल्क है। UMMS उस राशि का उपयोग करके AGB का निर्धारण करता है, जो कि

मेडिकेयर देखभाल के लिए अनुमति प्रदान करता है (उस राशि सहित जिसके भुगतान के लिए लाभार्थी व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होगा, जो HSCRC राशि है; इसे "संभावित चिकित्सा पद्धति" के रूप में जाना जाता है।

7/1/21 से प्रभावी

नीति मालिक:

UMMS CBO

स्वीकृत:

कार्यकारी अनुपालन समिति ने प्रारंभिक नीति को स्वीकृति दी है: 09/18/19
कार्यकारी अनुपालन समिति ने संशोधनों को स्वीकृति दी है: 10/19/2020