

नीति एवं प्रक्रिया संख्या	24817
नीति नियमावली	प्रशासनिक
प्रकार	नीति एवं प्रक्रिया
दस्तावेज़ मालिक	सिल्वा, नताली
प्रभावी होने की तिथि	10/21/2016
अगली समीक्षा तिथि	10/21/2019
अनुप्रयोग क्षेत्र (लागू होता है)	CMC एक्यूट केयर फैसिलिटीज़
इनके द्वारा स्वीकृत / स्वीकृत करने की तिथि	CMC लीगल सर्विसेज (A): 12/08/2016 11:31AM PST जो नोविकी, SVP मुख्य वित्त अधिकारी: 08/24/2016 08:39AM PST पैट्रिक रैफर्टी, कॉर्पोरेट मुख्य परिचालन अधिकारी: 29/08/2016 01:38PM PST टिम जॉसलिन, CEO: 08/30/2016 09:55AM PST वित्त एवं योजना (A): 10/21/2016 10:14AM PST
स्थिति / संशोधन #	आधिकारिक (संशोधन 0)
इनके द्वारा प्रस्तुत	अर्नहार्ट, मिशेल

I. उद्देश्य

- मरीजों को उपलब्ध वित्तीय सहायता के रूपों को परिभाषित करना।
- वित्तीय सहायता के प्रत्येक रूप के लिए पात्रता मानदंड का वर्णन करना।
- मरीजों द्वारा वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के दौरान पालन की जाने वाली प्रक्रिया को स्थापित करना।
- अस्पताल द्वारा वित्तीय सहायता के आवेदन पत्रों की समीक्षा करने के दौरान पालन की जाने वाली प्रक्रिया को स्थापित करना।
- वित्तीय सहायता के निर्धारण पर किसी विवाद की स्थिति में समीक्षा करने हेतु एक माध्यम प्रदान करना।
- वित्तीय सहायता की पहचान, वर्गीकरण एवं रिपोर्ट करने में सहायता हेतु प्रशासनिक एवं लेखा दिशानिर्देश प्रदान करना।
- मरीजों को सेवाओं के बदले अपनी वित्तीय ज़िम्मेदारी के अनुमान का अनुरोध करने में तथा अस्पताल को मरीजों को यह अनुमान प्रदान करने में जिस प्रक्रिया को अपनाना चाहिए, उसकी स्थापना करना।

II. परिभाषाएं

- वित्तीय सहायता:** शब्द "वित्तीय सहायता" पूर्ण चैरिटी केयर, आंशिक चैरिटी केयर, उच्च चिकित्सा लागत चैरिटी केयर और विशेष परिस्थितियों में चैरिटी केयर को संदर्भित करता है। मरीजों को वित्तीय सहायता कब प्रदान की जानी चाहिए इसके दिशा-निर्देश इस नीति में दिए गए हैं।
- अबीमित मरीज:** अबीमित मरीज वो मरीज है जिसके पास अपने चिकित्सा व्यय के किसी भी हिस्से के भुगतान हेतु, बिना किसी सीमा सहित, वाणिज्यिक या अन्य बीमा, सरकार द्वारा प्रायोजित स्वास्थ्य लाभ कार्यक्रम या तीसरे पक्ष के दायित्व का कोई स्रोत नहीं है या जिसे बीमा के तहत प्राप्त लाभ भर्ती होने से पहले समाप्त हो गया है।
- बीमित मरीज:** बीमित मरीज वो मरीज है जिसके पास अपने चिकित्सा व्यय के एक हिस्से के भुगतान हेतु किसी तीसरे पक्ष का स्रोत है।
- कवर की गई सेवा(एँ):** पूर्ण चैरिटी केयर, आंशिक चैरिटी केयर, उच्च चिकित्सा लागत चैरिटी केयर और विशेष परिस्थितियों में चैरिटी केयर के लिए कवर की गई सेवाएँ, सामुदायिक चिकित्सा केंद्र (CMC) द्वारा प्रदान की जाने वाली आपातकालीन देखभाल एवं अन्य आवश्यक चिकित्सा देखभाल हैं। कॉस्मेटिक, वैकल्पिक या प्रयोगात्मक चिकित्सा की वस्तुएँ एवं सेवाएँ इस नीति के तहत वित्तीय सहायता की पात्र नहीं हैं।
- पूर्ण चैरिटी केयर:** पूर्ण चैरिटी केयर, कवर प्राप्त सेवाओं पर CMC के गैर रियायती शुल्क पर पूर्ण छूट है। पूर्ण चैरिटी केयर इन मरीजों को उपलब्ध है:

1. जिनकी पारिवारिक आय एकदम हाल के संघीय गरीबी स्तर ("FPL") का 350% या उससे कम है; तथा
 2. जो अबीमित हैं, जैसा ऊपर परिभाषित है।
- F. **आंशिक चैरिटी केयर:** आंशिक चैरिटी केयर, मरीजों को उपलब्ध कवर प्राप्त सेवाओं पर CMC के गैर रियायती शुल्क पर आंशिक छूट है। आंशिक चैरिटी केयर इन मरीजों को उपलब्ध है:
1. जिनकी पारिवारिक आय FPL के 351-400% के बीच है।
 2. जो अबीमित हैं, जैसा ऊपर परिभाषित है।
 3. तथा जिनके लिए CFO या उनके/उनकी पदनामित ने जो छूट निर्धारित की है, वह लागू होगी।
 4. CMC मेडिकेयर इनपेशेंट डाइग्रोसिस रिलेटेड ग्रुप ("DRG") के लिए कवर की गई सेवा(ओं) के लिए अंतरंग सेवा हेतु अपेक्षित भुगतान (या उच्चतम दर जो CMC एक सरकारी कार्यक्रम द्वारा भुगतान किए जाने की अपेक्षा करेगा जिसमें CMC ने भाग लिया है), सीमित रखेगा या ऐसी सेवाओं के लिए जहां कोई स्थापित मेडिकेयर DRG नहीं है, उपयुक्त रियायती राशि तक सीमित रखेगा, बशर्ते कि सेवाओं पर पहले से कोई छूट न लागू हो।
 5. बहिरंग सेवाओं के लिए, CMC अपेक्षित भुगतान मेडिकेयर शुल्क सारणी तक सीमित रखेगा, या मेडिकेयर शुल्क सारणी न होने की स्थिति में अपेक्षित भुगतान CMC के गैर रियायती शुल्क को बहिरंग सेवाओं के लिए CMC के मेडिकेयर से लागत शुल्क के अनुपात से गुना कर निर्धारित किया जाएगा।
- G. **विशेष परिस्थितियों में चैरिटी केयर:** विशेष परिस्थितियों में चैरिटी केयर, CMC के मुख्य वित्त अधिकारी या उनके/उनकी पदनामित के अनुमोदन से उन अबीमित मरीजों को कवर की गई सेवाओं के लिए अस्पताल के गैर रियायती शुल्क पर पूर्ण या आंशिक छूट लेने की अनुमति देता है जो वित्तीय सहायता मानदंड को पूरा नहीं करते या अस्पताल की निर्दिष्ट प्रक्रियाओं का पालन करने में असमर्थ हैं। अस्पताल को निर्णय के साथ मरीज के नियमित वित्तीय सहायता मानदंडों को पूरा न करने के कारण को भी सहेज कर रखना जरूरी है। नीचे कुछ परिस्थितियों की एक गैर संपूर्ण सूची दी गई है जो विशेष परिस्थितियों में चैरिटी केयर के लिए अर्हता प्राप्त कर सकती हैं:
1. **दिवालियापन:** मरीज जो दिवालिया हैं या हाल ही में दिवालिया करार दिए गए हैं।
 2. **बेघर मरीज:** बिना किसी भुगतान स्रोत के आपातकालीन कक्ष के मरीज यदि उनके पास नौकरी, डाक पता, निवास या बीमा नहीं है।
 3. **मृत मरीज:** बीमा, संपत्ति या तीसरे पक्ष की कवरेज से रहित मृत मरीज।
 4. **मेडिकेयर निषेध सेवाएं:** आय के अनुसार पात्र मेडिकेयर मरीज, निषेध स्टे, निषेध केयर के दिन और कवर ना की गई सेवाओं हेतु वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं। मरीजों को मेडिकेयर लागत में हिस्सेदारी के लिए वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं भी हो सकता है।
 5. **मेडी-काल निषेध सेवाएं:** आय के अनुसार पात्र मेडी-काल मरीज, निषेध स्टे, निषेध केयर के दिन और कवर रहित सेवाओं हेतु वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं। मरीजों को मेडिकेयर लागत में हिस्सेदारी के लिए वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं भी हो सकता है। मेडी-काल जैसे प्रोग्राम के लिए पात्र व्यक्ति जिनकी पात्रता स्थिति चिकित्सा सेवाएं लेने की अवधि के दौरान प्रमाणित नहीं हुई थी, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं।
- H. **बीमित मरीजों की चैरिटी केयर के लिए उच्च चिकित्सा लागत ("उच्च चिकित्सा व्यय चैरिटी केयर"):** उच्च चिकित्सा लागत चैरिटी केयर, मरीज के लिए कवर की गई सेवाओं पर पूर्ण छूट है। यह छूट उन मरीजों को उपलब्ध है जो निम्नलिखित मानदंडों को पूरा करते हैं:
1. मरीज एक बीमित मरीज हो।
 2. मरीज के परिवार की आय FPL के 350% से कम हो; तथा
 3. पिछले बारह (12) महीने में मरीज या मरीज के परिवार द्वारा CMC या अन्य प्रदाताओं को कवर की गई सेवाओं के लिए दिया गया चिकित्सा व्यय, मरीज की पारिवारिक आय के 10% से अधिक हो।
- I. **आपात चिकित्सक:** आपात चिकित्सक वो चिकित्सक है जो किसी अस्पताल में आपातकालीन चिकित्सा सेवा प्रदान करता है।
- J. **संघीय गरीबी स्तर ("FPL"):** FPL का अर्थ है आय के स्तर का माप जो संयुक्त राज्य अमेरिका के स्वास्थ्य और मानव सेवाएं (HSS) विभाग द्वारा प्रतिवर्ष प्रकाशित किया जाता है और CMC द्वारा वित्तीय सहायता हेतु पात्रता निर्धारित करने के लिए प्रयोग किया जाता है।
- K. **मरीज की आर्थिक जिम्मेदारी:** तीसरे पक्ष द्वारा मरीज के लाभ के निर्धारण के बाद बीमित मरीज द्वारा जेब से किया गया भुगतान।
- L. **मरीज का परिवार:** मरीज के परिवार का निर्धारण इस प्रकार किया जाएगा:

1. **वयस्क मरीज:** 18 वर्ष या इससे अधिक उम्र के मरीजों के लिए, मरीज के परिवार में उसके पति/पत्नी, घरेलू साथी और 21 वर्ष से कम के आश्रित बच्चे चाहें वो घर पे रहते हो या नहीं, शामिल हैं।
 2. **अल्पवयस्क मरीज:** 18 वर्ष से कम उम्र के मरीजों के लिए, मरीज के परिवार में उसके माता-पिता, कार्यवाहक रिश्तेदार, एवं माता-पिता या कार्यवाहक रिश्तेदारों के 21 साल की उम्र से कम के बच्चे आते हैं।
- M. **अपकृत्यकर्ता:** अपकृत्यकर्ता वो व्यक्ति है जो जानबूझकर या लापरवाही से अपकृत्य (नागरिक अपकृत्य) करता है।

III. नीति

- A. CMC इस नीति के अनुरूप उन पात्र CMC मरीजों को रियायती या मुफ्त चिकित्सा के रूप में वित्तीय सहायता प्रदान करेगा जो:
 1. कम आय वाले अभीमित मरीज हैं।
 2. उच्च चिकित्सा व्यय वाले कम आय के बीमित मरीज हैं।
 3. विशेष परिस्थितियों वाले मरीज हैं।
- B. CMC इस नीति के अनुरूप कम आय वाले अभीमित मरीजों और उच्च चिकित्सा व्यय वाले कम आय के बीमित मरीजों को उनकी सेवाओं के लिए अनुमानित वित्तीय जिम्मेदारी एवं वित्तीय सहायता और छूट की उपलब्धता के बारे में कानून द्वारा मांगी गई जानकारी प्रदान करेगी।
- C. यह नीति CMC द्वारा लाइसेंस प्राप्त अस्पताल की सुविधाओं पर लागू होती है। जबतक अन्यथा निर्दिष्ट न हो, यह नीति उन चिकित्सकों या अन्य चिकित्सा प्रदाताओं पर लागू नहीं होती जिनकी सेवाएँ CMC के बिल में शामिल नहीं हैं। कैलीफोर्निया में, आपातकालीन चिकित्सक जो किसी अस्पताल में आपातकालीन सेवाएं प्रदान करता है को अभीमित मरीजों और उच्च चिकित्सा व्यय वाले मरीज जो FPL के 350% या इससे कम के अंदर आते हैं, को छूट प्रदान करना आवश्यक है। चिकित्सक विशेषज्ञ जिन्हें CMC के आपातकालीन विभाग के लिए बुलाया जाता है या जिनके पास CMC के आपातकालीन विभाग के बाहर विशेषाधिकार प्राप्त है, आपातकालीन चिकित्सक नहीं हैं।

IV. प्रक्रिया

- A. पात्रता
 1. पात्रता मानदंड: आवेदन प्रक्रिया के दौरान, CMC वित्तीय सहायता के लिए निम्नलिखित पात्रता मानदंड लागू करेगा:

वित्तीय सहायता श्रेणी	मरीज का पात्रता मानदंड	उपलब्ध छूट
पूर्ण चैरिटी केयर	<ol style="list-style-type: none"> 1. मरीज एक अभीमित मरीज है; 2. मरीज की पारिवारिक आय एकदम हाल के FPL का 350% या इससे कम है। 	कवर की गई सेवाओं के लिए CMC की बिना छूट की दर पर पूरी छूट।
आंशिक चैरिटी केयर	<ol style="list-style-type: none"> 3. मरीज एक अभीमित मरीज है; 4. मरीज की पारिवारिक आय एकदम हाल के FPL के 351-400% के बीच है। 	कवर की गई सेवाओं के लिए CMC की बिना छूट की दर पर आंशिक छूट। अंतरंग सेवाएं: CMC मेडीकेयर इनपैशेंट डायग्नोसिस रिलेटेड ग्रुप ("DRG") के लिए कवर की गई सेवा(ओं) के लिए अंतरंग सेवा हेतु अपेक्षित भुगतान (या उच्चतम दर जो CMC एक सरकारी कार्यक्रम द्वारा भुगतान किए जाने की

		<p>अपेक्षा करेगा जिसमें CMC ने भाग लिया है), सीमित रखेगा या ऐसी सेवाओं के लिए जहां कोई स्थापित मेडिकेयर DRG नहीं है. उपयुक्त रियायती राशि तक सीमित रखेगा, बशर्ते कि सेवाओं पर पहले से कोई छूट न लागू हो।</p> <p>बहिरंग सेवाओं के लिए: CMC अपेक्षित भुगतान मेडिकेयर शुल्क सारणी तक सीमित रखेगा, या मेडिकेयर शुल्क सारणी न होने की स्थिति में अपेक्षित भुगतान CMC के गैर रियायती शुल्क को बहिरंग सेवाओं के लिए CMC के मेडिकेयर से लागत शुल्क के अनुपात से गुना कर निर्धारित किया जाएगा।</p>
उच्च चिकित्सा लागत चैरिटी केयर (बीमित मरीजों के लिए)	<ol style="list-style-type: none"> 5. मरीज एक बीमित मरीज है; 6. मरीज की पारिवारिक आय एकदम हाल के FPL का 350% या इससे कम है; 7. मरीज या उसके परिवार का चिकित्सा व्यय (पिछले 12 महीनों में CMC या अन्य प्रदाताओं को भुगतान किया) उसकी पारिवारिक आय के 10% से अधिक है। 	कवर की गई सेवाओं के लिए मरीज की जिम्मेदारी राशि पर पूरी छूट।
विशेष परिस्थितियों में चैरिटी केयर	<ol style="list-style-type: none"> 8. मरीज एक अभीमित मरीज या अधो-बीमित मरीज है; 9. वित्तीय सहायता के मानदंडों को पूरा नहीं करता है; 10. कोई विशेष परिस्थिति मौजूद है; 11. मुख्य वित्तीय अधिकारी या उनके/उनकी पदनामित ने छूट को मंजूरी दी है; 12. CMC निर्णय के साथ-साथ मरीज के नियमित वित्तीय 	कवर सेवाओं के लिए अस्पताल के बिना छूट के शुल्क पर पूरी या आंशिक छूट।

	सहायता मानदंडों को पूरा न करने के कारण को भी सहेज कर रखता है।	
--	---	--

2. पारिवारिक आय की गणना: वित्तीय सहायता के लिए मरीज की पात्रता के निर्धारण हेतु सबसे पहले CMC मरीज की पारिवारिक आय की गणना इस प्रकार करेगा:
 - a. परिवार की आय का प्रमाण: मरीजों को आय के प्रमाण के रूप में हाल के भुगतान या टैक्स रिटर्न की रसीद ही प्रदान करनी होगी। मरीज की पारिवारिक आय, गुजारा भत्ता और बच्चों के परवरिश में लगा धन घटा कर हाल की भुगतान या आयकर रिटर्न की रसीद में प्रदर्शित पिछले बारह (12) महीने या पिछले आय कर वर्ष में परिवार के सभी सदस्यों की आय है।
 - b. मृत मरीजों के पारिवारिक आय की गणना: बिना किसी जीवित पति/पत्नी के मृत मरीज के परिवार के आय की गणना के लिए आय शून्य मानी जा सकती है। मृत मरीजों के मामले में आय का प्रलेखन आवश्यक नहीं है; हालांकि, भूमि-संपत्ति के दस्तावेज की आवश्यकता हो सकती है। मृत मरीज के जीवित पति/पत्नी वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं।
3. मरीज के परिवार की आय की FPL के प्रतिशत के रूप में गणना: मरीज के परिवार की आय की गणना के बाद, CMC FPL की तुलना में मरीज के परिवार की आय के स्तर की गणना करेगा, जिसे FPL के प्रतिशत के रूप में व्यक्त किया जाएगा। उदाहरण के लिए, यदि तीन लोगों के एक परिवार के लिए FPL \$20,000 है और मरीज के परिवार की आय \$60,000 है तो CMC द्वारा मरीज के परिवार की आय की गणना FPL की 300% होगी। इस गणना का इस्तेमाल यह निर्धारित करने के लिए किया जाएगा कि मरीज वित्तीय सहायता के मानदंडों को पूरा करता है या नहीं।
4. वित्तीय सहायता बहिष्करण/अयोग्यता: नीचे वो परिस्थितियां दी गई हैं जिनमें इस नीति के तहत उपलब्ध वित्तीय सहायता नहीं दी जाएगी:
 - a. लागत के हिस्से के साथ मेडी-काल मरीज: मेडी-काल मरीज जो लागत के हिस्से का भुगतान करने के लिए जिम्मेदार हैं वो लागत के हिस्से के व्यय को कम करने के लिए वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के नहीं पात्र हैं। CMC मरीजों से यह राशि पाने की मांग करेगा।
 - b. मरीज द्वारा कवर की गई सेवाएं अस्वीकार करना: एक बीमित मरीज जो ऐसी सेवाएं लेने का चुनाव करता है जो मरीज के लाभ समझौते के तहत कवर नहीं हैं (जैसे कि एक HMO मरीज जो CMC से नेटवर्क से बाहर की सेवाओं को चाहता है, या मरीज जो CMC से नेटवर्क के भीतर सुविधा में हस्तांतरण से इनकार करता है) वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं है।
 - c. बीमित मरीज का तीसरे पक्ष के दाता के साथ सहयोग नहीं करना: एक बीमित मरीज जो कि तीसरे पक्ष के दाता द्वारा बीमित है जो सेवाओं के भुगतान के लिए मना कर देता है क्योंकि मरीज तीसरे पक्ष के दाता को उसका बीमा दायित्व निर्धारित करने हेतु आवश्यक जानकारी प्रदान करने में विफल रहा है, वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं है।
 - d. भुगतानकर्ता का सीधे मरीज को भुगतान करना: यदि मरीज क्षतिपूर्ति, चिकित्सा अनुपूरक या अन्य दाता से सीधे सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त करता है तो वह वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं है।
 - e. सूचना मिथ्याकरण: CMC ऐसे मरीजों को वित्तीय सहायता के लिए मना सकते हैं जो अपने पात्रता आवेदन में आय, घरेलू आकार या अन्य जानकारी गलत बताते हैं।
 - f. तृतीय पक्ष वसूलियां: यदि मरीज को किसी तीसरे पक्ष के अपकृत्यकर्ता से हुई हानि के लिए वित्तीय निपटान या निर्णय मिलता है तो मरीज को अपने चिकित्सा व्यय के लिए निपटान या निर्णय राशि का उपयोग करना चाहिए और वह वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं है।
 - g. व्यावसायिक (चिकित्सक) सेवाएं: एनेस्थिसियोलॉजिस्ट, रेडियोलॉजिस्ट, हॉस्पिटलिस्ट, पैथोलॉजिस्ट, आदि जैसे चिकित्सकों की सेवा इस नीति के तहत कवर नहीं की जाती हैं। अपवाद सूची "ए" में उल्लिखित है। कई चिकित्सकों के पास चैरिटी केयर नीति होती है जो मरीजों को मुफ्त या रियायती सेवा के लिए आवेदन करने की अनुमति देती है। मरीज को अपने चिकित्सक की चैरिटी केयर नीति के बारे में सीधे अपने चिकित्सक से जानकारी प्राप्त करनी चाहिए।

B. आवेदन प्रक्रिया

1. CMC, मरीज या उसके प्रतिनिधि से यह जानकारी प्राप्त करने के सभी उचित प्रयास करेगा कि निजी या सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा पूर्ण या आंशिक रूप से मरीज को CMC द्वारा प्रदान की गई सेवा के शुल्क को कवर कर सकते हैं या नहीं। किसी मरीज द्वारा किसी भी समय अस्पताल की सेवाओं के बिल का भुगतान करने में वित्तीय असमर्थता इंगित करने पर उसका वित्तीय सहायता के लिए मूल्यांकन किया जाएगा। अवीमित मरीज के रूप में अर्हता प्राप्त करने के लिए मरीज या मरीज के गारंटर को यह सत्यापित करना होगा कि उसे किसी बीमा या सरकारी कार्यक्रम लाभ के अधिकार के बारे में कोई जानकारी नहीं है जो बिल को कवर करेंगे या छूट देंगे।
2. सभी मरीजों को सरकारी कार्यक्रम सहायता के लिए अपने पात्र होने की अर्हता की जांच करने के लिए प्रोत्साहित किया जाना चाहिए, यदि उन्होंने पहले से ऐसा नहीं किया है। यदि मरीज किसी तीसरे पक्ष के दाता द्वारा कवरेज नहीं होने या वित्तीय सहायता का अनुरोध पाने के लिए इंगित करता तो CMC मेडी-काल कार्यक्रम या अन्य सरकारी वित्त पोषित कार्यक्रमों के लिए आवेदन-पत्र प्रदान करेगा।
3. मरीजों द्वारा CMC को अपनी आय और स्वास्थ्य लाभ के कवरेज के दस्तावेज उपलब्ध कराने में हर उचित प्रयास करने की आवश्यकता है।
4. जो मरीज वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करना चाहते हैं, उन्हें CMC के मानकीकृत आवेदन फार्म "वित्तीय सहायता के लिए आवेदन" का उपयोग करना चाहिए।
5. मरीज वित्तीय सहायता के लिए आवेदन को पूरा करने में सहायता के लिए सूची "सी" में दिए CMC स्थानों पर व्यक्तिगत रूप से जाकर या (559) 459-2998 पर फ़ोन द्वारा संपर्क कर अनुरोध कर सकते हैं।
6. वित्तीय सहायता के लिए आवेदन की प्रतियां सूची "सी" में दिए CMC स्थानों पर जाकर अथवा मेल या CMC की वेबसाइट (www.communitymedical.org) के माध्यम से प्राप्त की जा सकती हैं।
7. मरीज को CMC में इलाज कराने के पश्चात, जल्द से जल्द वित्तीय सहायता के आवेदन को पूरा करना चाहिए। अस्पताल से डिस्चार्ज होने के 180 दिनों भीतर आवेदन पूरा कर जमा न कर पाने की स्थिति में वित्तीय सहायता के लिए मना किया जा सकता है।
8. मरीज को वित्तीय सहायता के लिए आवेदन को इस पते पर भेजना चाहिए: Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715, Attn: Financial Assistance Application.

C. वित्तीय सहायता का निर्धारण

1. CMC वित्तीय सहायता के प्रत्येक आवेदन पर विचार करेगा एवं मरीज द्वारा ऊपर दिए पात्रता मानदंड को पूरा करने पर अनुदान को स्वीकृति प्रदान करेगा।
2. पात्रता प्रक्रिया के रूप में प्राप्त आय या संपत्ति से जुड़ी सूचना को ऋण जमा करने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली फाइलों से अलग रखा जाना चाहिए तथा ऋण संग्रहण प्रक्रिया में इनकी समीक्षा नहीं की जानी चाहिए।
3. यदि मरीज आय एवं/या स्वास्थ्य लाभ कवरेज के दस्तावेज वापस करने में विफल रहता है और CMC अनुरोध दस्तावेज के अभाव में यथोचित निर्णय कर सकता है तो CMC को ज्ञात जानकारी के आधार पर निर्णय करना चाहिए। यदि मरीज आय और/या स्वास्थ्य लाभ कवरेज जैसी उचित और आवश्यक जानकारी प्रदान करने में विफल रहता है तो CMC वित्तीय सहायता की पात्रता का निर्धारण करने में उस विफलता पर विचार कर सकता है।
4. मरीज सरकारी कार्यक्रम सहायता के लिए भी आवेदन कर सकते हैं। CMC को मरीजों को यह निर्धारित करने में सहायता करनी चाहिए कि क्या वह किसी सरकारी या अन्य सहायता, या कैलीफोर्निया हेल्थ बेनिफिट एक्सचेंज (अर्थात् कैलीफोर्निया कवर) के साथ किसी योजना में नामांकन के लिए पात्र है।
 - a. यदि कोई मरीज वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करते समय एक स्वास्थ्य कवरेज प्रोग्राम के लिए आवेदन करता है या उसका आवेदन अभी लंबित है तो एक अन्य स्वास्थ्य कवरेज प्रोग्राम के तहत कवरेज के लिए आवेदन, वित्तीय सहायता के लिए मरीज की पात्रता में बाधा नहीं माना जाएगा।
5. आवेदनों की त्वरित समीक्षा की जानी चाहिए। CMC आवेदन प्राप्त होने के 45 दिनों के भीतर पात्रता निर्धारण के अपने दृढ़ संकल्प को पूरा करेगा। बीमा या भुगतान के अन्य स्रोतों के लंबित होने की स्थिति में आवेदन पूरा नहीं माना जाएगा।

6. पूर्ण चैरिटी केयर, आंशिक चैरिटी केयर, उच्च चिकित्सा लागत चैरिटी या विशेष परिस्थितियों में चैरिटी केयर पर निर्णय ले लेने के पश्चात प्रत्येक आवेदक को CMC के निर्णय की सूचना देते हुए एक "सूचना फार्म" (सूची डी) भेजा जाएगा।
7. यदि किसी मरीज को इस नीति के तहत स्वीकृति दी जाती है लेकिन प्रारंभिक आवेदन और अनुमोदन प्रक्रिया के बाद यह निर्धारित किया जाता है कि तीसरे पक्ष के दाता के कारण मरीज अयोग्य है तो मरीज का शुल्क बहाल किया जाएगा तथा CMC मरीज का भुगतान प्राप्त करने के लिए तीसरे पक्ष के दाता से संपर्क करेगा। यदि बाद में यह निर्धारित होता है कि तीसरा पक्ष का दाता, मरीज के शुल्क के भुगतान के लिए उत्तरदायी नहीं है तो मरीज की पात्रता बिना नए वित्तीय मूल्यांकन फार्म की आवश्यकता के फिर से बहाल की जाएगी।
8. एकवार मरीज को वित्तीय सहायता के लिए पात्र निर्धारित किए जाने पर उसे अस्पताल द्वारा अधिसूचना फार्म जारी होने से छह महीने तक की अवधि के लिए पात्र माना जाएगा। एक वर्ष बाद वित्तीय सहायता के लिए मरीज को पुनः आवेदन करना होगा।
9. यदि वित्तीय सहायता के निर्धारण के पश्चात मरीज के पक्ष में धन शेष रहता है तो स्वास्थ्य एवं सुरक्षा संहिता की धारा 127400 के अनुसार अदायगी पर मरीज द्वारा भुगतान की तिथि से शेष राशि पर वैधानिक दर (10% प्रति वर्ष) से ब्याज देय होगा। CMC को ब्याज सहित पांच डॉलर (\$5.00) से कम की राशि वापस करना आवश्यक नहीं है।

D. विवाद

1. मरीज विवाद को जन्म देने वाली परिस्थितियों की सूचना प्राप्त करने के तीस (30) दिनों के भीतर पेशेंट फाइनेंसियल सर्विसेज़ को विवाद के आधार और वांछित राहत के बारे में सूचित कर CMC द्वारा वित्तीय सहायता से इनकार करने के किसी भी निर्णय की समीक्षा की पहल कर सकते हैं। मरीज पेशेंट फाइनेंसियल सर्विसेज़ को (559) 459-3939 पर कॉल करके विवाद को मौखिक रूप से दर्ज़ कर सकते हैं या इस पते Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box. 1232, Fresno, CA 93715 पर लिखित रूप में भेज सकते हैं। पेशेंट फाइनेंसियल सर्विसेज़ जल्द से जल्द मरीज के विवाद की समीक्षा कर मरीज को लिखित रूप में किसी भी निर्णय के बारे में सूचित करेगा।

E. वित्तीय सहायता सूचना की उपलब्धता:

1. भाषाएँ: यह नीति CMC के सेवा क्षेत्र की प्राथमिक भाषा(ओं) में उपलब्ध होगी। इसके अतिरिक्त, इस खंड में दी गई सभी समाचार/सूचनाएं अस्पताल के सेवा क्षेत्र की प्राथमिक भाषा(ओं) में उपलब्ध होंगी जो सभी लागू संघीय एवं राज्य कानून व नियमों के अनुरूप है। CMC के सेवा क्षेत्र की प्राथमिक भाषा(एँ) वो हैं जो 1000 में कम लोगों द्वारा प्रयोग की जाती हैं या CMC द्वारा सेवा प्राप्त करने वाले समुदाय का 5% हैं या CMC द्वारा संभावित प्रभावित या यहाँ आने वाली आबादी है। CMC अपने समुदाय में सीमित अंग्रेजी दक्षता वाले व्यक्तियों के प्रतिशत या संख्या का निर्धारण कर सकता है या किसी उचित विधि का उपयोग कर संभावित प्रभावित या यहाँ आने वालों की संख्या निर्धारित कर सकता है।
2. अस्पताल की सेवाओं के प्रावधान के दौरान मरीजों को दी जाने वाली सूचनाएँ:

पूर्व प्रवेश या पंजीकरण: पूर्व प्रवेश या पंजीकरण के दौरान (व्यावहारिक रूप में जितनी जल्दी संभव हो) CMC सभी मरीजों को वित्तीय सहायता नीति (सूची "ई") की सरल भाषा में सारांश की एक प्रति प्रदान करेगा जिसमें सेवाओं के लिए अपनी वित्तीय जिम्मेदारी के अनुमान हेतु अनुरोध करने के उनके अधिकार के बारे में जानकारी दी गई है। साथ ही उन स्थानों के बारे में भी बताया गया है जहाँ मरीज वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने में सहायता प्राप्त कर सकते हैं।

 - a. आपात सेवाएँ: आपात सेवाओं के मामलों में, CMC सभी मरीजों को उनके आपातकालीन स्वास्थ्य अवस्था के स्थिर होने या अस्पताल से छुट्टी मिलने पर व्यावहारिक रूप से जितनी जल्दी संभव हो वित्तीय सहायता नीति का सरल भाषा में सारांश प्रदान करेगा।
 - b. अस्पताल से डिस्चार्ज होने पर दिए जाने वाले आवेदन: अस्पताल से डिस्चार्ज होने पर, CMC सभी रोगियों को सरल भाषा में वित्तीय सहायता नीति का सारांश (सूची "ई") और सभी अभीमित मरीजों को मेडी-काल और कैलीफोर्निया चिल्ड्रेन सर्विसेज़ की सेवा या किसी अन्य संभावित उपयुक्त सरकारी कार्यक्रम की एक प्रति प्रदान करेगा।
3. अन्य समय में मरीजों को दी जाने वाली सूचना:

संपर्क सूचना: मरीज वित्तीय सहायता के बारे में अतिरिक्त जानकारी प्राप्त करने एवं आवेदन प्रक्रिया से जुड़ी सहायता प्राप्त करने के लिए (559) 459-2998 पर फोन कर या सूची "सी" में दिए गए स्थानों पर जाकर व्यक्तिगत रूप से CMC के भर्ती विभाग से संपर्क कर सकते हैं।

- a. बिलिंग स्टेटमेंट: CMC अपनी बिलिंग एवं संग्रहण नीति के अनुसार मरीज को बिल प्रदान करेगा। मरीज के बिलिंग स्टेटमेंट पर "मरीजों के लिए महत्वपूर्ण बिलिंग जानकारी" (सूची ई) शीर्षक से सरल भाषा में वित्तीय सहायता नीति का सारांश, मरीजों को वित्तीय सहायता से जुड़े सवालों के साथ फोन करने के लिए एक फोन नंबर और वेबसाइट का पता जहाँ मरीज वित्तीय सहायता सहित वित्तीय सहायता नीति, सरल भाषा में नीति का सारांश एवं वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र के बारे में अतिरिक्त जानकारी प्राप्त कर सके, शामिल होना चाहिए। मरीज के कानूनी अधिकारों का सारांश सूची "एफ" में शामिल है और मरीज के अंतिम बिलिंग स्टेटमेंट पर भी होनी चाहिए।
 - b. अनुरोध पर: अनुरोध करने पर CMC मरीजों को वित्तीय सहायता नीति, वित्तीय सहायता के आवेदन पत्र एवं सरल भाषा में वित्तीय सहायता नीति के सारांश की कागज की प्रतियाँ बिना शुल्क प्रदान करेगा।
4. वित्तीय सहायता सूचना का प्रचार:
- मरीजों को दी गई प्रतियाँ: CMC भर्ती या डिस्चार्ज होने की प्रक्रिया के अंतर्गत मरीजों को सरल भाषा में वित्तीय सहायता नीति के सारांश की कागज की प्रति की पेशकश करेगा।
- a. बिलिंग स्टेटमेंट सूचना: CMC बिलिंग स्टेटमेंट पर एक सुस्पष्ट नोटिस शामिल करेगा जो पाने वाले को CMC की वित्तीय सहायता नीति के तहत उपलब्ध वित्तीय सहायता के बारे में सूचित करेगा। इस पर प्रत्यक्ष वेबसाइट का पता भी शामिल होगा जहाँ से वित्तीय सहायता नीति, सरल भाषा में वित्तीय सहायता नीति का सारांश और वित्तीय सहायता नीति के आवेदन पत्र की प्रतियाँ प्राप्त की जा सकती हैं। साथ ही, भर्ती विभाग का टेलीफोन नंबर भी शामिल होगा जो वित्तीय सहायता नीति के बारे में जानकारी प्रदान करने और आवेदन प्रक्रिया में सहायता करने के लिए उपलब्ध है।
 - b. सार्वजनिक प्रदर्शन: CMC अपने परिसर में सार्वजनिक स्थानों पर नहीं तो कम से कम आपातकालीन कक्ष और प्रवेश क्षेत्र में मरीजों को इस नीति के बारे में सूचित करते हुए विशिष्ट सार्वजनिक डिस्प्ले (या मरीजों का ध्यान आकर्षित करने हेतु अन्य यथोचित उपाय) की स्थापना करेगा।
 - c. वेबसाइट: CMC की वेबसाइट (www.communitymedical.org) पर वित्तीय सहायता नीति, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र और सरल भाषा में वित्तीय सहायता नीति का सारांश किसी प्रमुख स्थान पर उपलब्ध होना चाहिए। वित्तीय सहायता के बारे में जानकारी चाहने वाले व्यक्तियों को अकाउंट बनाने या वित्तीय सहायता के बारे में जानकारी प्राप्त करने से पहले कोई भी व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करना आवश्यक नहीं किया जाना चाहिए।
 - d. मेल: मरीज वित्तीय सहायता नीति, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र और सरल भाषा में वित्तीय सहायता नीति के सारांश की मुफ्त प्रतियों के लिए मेल द्वारा अनुरोध कर सकते हैं।
 - e. विज्ञापन/प्रेस विज्ञप्तियाँ: CMC आवश्यकतानुसार अपने द्वारा सेवा प्रदान किए जाने वाले समुदाय के प्रमुख समाचार पत्र(त्रों) में CMC में उपलब्ध वित्तीय सहायता के बारे में विज्ञापन देगा और जब ऐसा करना व्यावहारिक नहीं होगा तो CMC इस जानकारी के बारे में प्रेस विज्ञप्ति जारी करेगा या निष्कर्ष निकालकर अन्य साधनों का उपयोग करेगा जो व्यापक रूप से इस नीति की उपलब्धता प्रचार हमारे समुदाय में प्रभावित मरीजों तक करेंगे।

F. विविध

1. रिकॉर्ड रखना: वित्तीय सहायता से संबंधित अभिलेख आसानी से सुलभ होने चाहिए। CMC को CMC से सेवा प्राप्त करने वाले अभीमित मरीजों की संख्या, पूरे किए गए वित्तीय सहायता के आवेदनों की संख्या, अनुमोदित आवेदनों की संख्या, दिए गए लाभ का अनुमानित डॉलर मूल्य, अस्वीकृत आवेदनों की संख्या एवं अस्वीकार करने के कारण की जानकारी रखनी चाहिए। इसके अतिरिक्त, वित्तीय सहायता के लिए मरीज की स्वीकृति या अस्वीकृति संबंधित नोट्स मरीज के खाते में दर्ज किया जाना चाहिए।

2. भुगतान योजना: मरीज भुगतान योजना के पात्र हो सकते हैं। CMC की बिलिंग और संग्रहण नीति के अनुसार भुगतान योजना की पेशकश और निपटारा किया जाना चाहिए।
 3. बिलिंग एवं संग्रहण: CMC मरीजों से भुगतान प्राप्त करने के लिए उचित संग्रहण प्रयासों का प्रयोग कर सकता है। CMC या CMC द्वारा संलग्न किसी भी संग्रहण एजेंसी द्वारा वित्तीय सहायता के लिए आवेदन प्रक्रिया के दौरान प्राप्त सूचना का प्रयोग संग्रहण प्रक्रिया में नहीं किया जाना चाहिए। सामान्य संग्रहण गतिविधियों में मरीज का स्टेटमेंट, फोन कॉल एवं मरीज या गारंटर को भेजा गया रेफरल स्टेटमेंट जारी करना शामिल हो सकता है। एफीलिएट्स एंड रेवेन्यू साइकिल डिपार्टमेंट को यह सुनिश्चित करने की प्रक्रिया विकसित करनी होगी कि समय पर मरीज से बात कर बिल से संबंधित मरीज के प्रश्न और शिकायतों पर शोध कर उचित स्थान पर उन्हें सही कर लिया जाए। CMC या CMC द्वारा संलग्न कोई संग्रहण एजेंसी किसी भी असाधारण संग्रहण गतिविधि (CMC की बिलिंग और संग्रहण नीति में परिभाषित) में संलग्न नहीं होगी। CMC के बिलिंग और संग्रहण नीति की प्रतियां, CMC की वेबसाइट www.communitymedical.org पर निःशुल्क प्राप्त की जा सकती हैं।
 4. OSHPD करने के लिए प्रस्तुत: CMC वित्तीय सहायता की नीतियाँ ऑफिस ऑफ़ स्टेटवाइड प्लानिंग एंड हेल्थ केयर डेवलपमेंट ("OSHPD") के समक्ष प्रस्तुत करेगा। नीतियाँ OSHPD की वेबसाइट <https://syfphr.oshpd.ca.gov/> पर मिल सकती हैं।
- G. सामान्यतः संग्रहण जाने वाली राशियाँ
1. आंतरिक राजस्व संहिता की धारा 1.501 (r)(5) के अनुसार CMC सामान्यतः संग्रहण की जाने वाली राशियों के लिए भावी मेडीकेयर प्रक्रिया अपनाता है। वित्तीय सहायता के पात्र मरीज सामान्यतः बिल में दी गई राशि से अधिक के लिए आर्थिक रूप से जिम्मेदार नहीं होते हैं।

V. संदर्भ

आंतरिक राजस्व संहिता धारा 501(r)

26 संघीय विनियम संहिता 1.501(r)

कैलीफोर्निया स्वास्थ्य और सुरक्षा संहिता की धारा 124700-127446

संदर्भित दस्तावेज

संदर्भ प्रकार	शीर्षक	टिप्पणियां
इस दस्तावेज के द्वारा संदर्भित दस्तावेज		
संदर्भित दस्तावेज	वित्तीय सहायता के लिए आवेदन	
संदर्भित दस्तावेज	CMC के स्थान	
संदर्भित दस्तावेज	सूचना फॉर्म	
संदर्भित दस्तावेज	https://syfphr.oshpd.ca.gov/	
संदर्भित दस्तावेज	मरीज के कानूनी अधिकारों का सारांश	
संदर्भित दस्तावेज	www.communitymedical.org	
संदर्भित दस्तावेज	वित्तीय सहायता के लिए आवेदन	
संदर्भित दस्तावेज	वित्तीय सहायता (स्थान)	
संदर्भित दस्तावेज	वित्तीय सहायता अधिकारों की नीति सूचना	
संदर्भित दस्तावेज	मरीजों के लिए महत्वपूर्ण बिलिंग की जानकारी	
संदर्भित दस्तावेज	सूचना फॉर्म	

हो सकता है इस दस्तावेज की कागज़ी प्रतियाँ वर्तमान की न हो इसलिए शासकीय प्रयोजनों हेतु इन पर भरोसा नहीं किया जाना चाहिए। वर्तमान संस्करण Lucidoc में, नीचे दिए लिंक पर है।

<https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=communitymc:24817>