

پالیسی:	مالی امداد کی پالیسی
ڈیویژن:	کارپوریٹ فائننس
محکمہ:	کارپوریٹ فائننس
زمرہ:	تعمیل
مقام (مقامات):	نیچے دیکھیں
اصل تاریخ:	اگست 2003
جائزہ/نظر ثانی کے نفاذ کی تاریخ:	اپریل 15، 2024
اختیار کیا گیا بذریعہ:	Sentara کے ایگزیکٹو نائب صدر اور چیف فنانشل آفیسر۔
مالک:	ریونیو سائیکل
سابقہ جائزہ/نظر ثانی کی تاریخیں: جنوری 2009 مارچ 2013، اکتوبر 2019، مئی 2020، فروری 2021	

پالیسی کا بیان:

"Sentara" Sentara Health مشن کے ایک حصے کے طور پر ہر روز صحت کو بہتر بنانے کے لیے، Sentara ان کی متعلقہ کمیونٹیز میں تمام مریضوں کو ہنگامی خدمات اور دیگر طبی طور پر ضروری خدمات فراہم کرنے کے لیے پرعزم ہے، قطع نظر اس کے کہ مریض کی ایسی خدمات کے لیے ادائیگی کرنے کی اہلیت۔

مقصد:

یہ مالی امداد کی پالیسی ("پالیسی") اس پالیسی کو قائم کرتی ہے جس کی پیروی ہر ہسپتال کی سہولت، پوسٹ ایکویٹ سہولت، فوری نگہداشت کی سہولت، اور طبی گروپ میں: (1) ہنگامی خدمات اور طبی طور پر دیگر ضروری خدمات حاصل کرنے والے مریضوں کے لیے مالی امداد کی اہلیت کا تعین کرنا؛ (2) مالی امداد کے اہل مریض سے وصول کی جانے والی رقم کا حساب لگانا؛ اور (3) مالی امداد کے لیے مریض کی درخواست کے عمل کو آسان بنانا۔ اس کے علاوہ، یہ پالیسی طبی نگہداشت کی خدمات کے لیے Sentara ہیلتھ کے بلنگ اور جمع کرنے کے طریقوں کا خاکہ پیش کرتی ہے، بشمول وہ کوششیں جو ہسپتال کی سہولت، پوسٹ ایکویٹ سہولت، فوری نگہداشت کی سہولت، اور میڈیکل گروپ مریض کی مالی امداد کے لیے اہلیت کا تعین کرنے کے لیے کرے گی۔ عدم ادائیگی کی صورت میں جمع کرنے کے غیر معمولی اقدامات۔

تعریفیں:

عام طور پر بل کی جانے والی رقم یا AGB-AGB وہ زیادہ سے زیادہ رقم ہے جو ہسپتال کی سہولت کسی ایسے مریض سے جمع کر سکتی ہے جو اس پالیسی کے تحت مالی امداد کا اہل ہے۔ اس کا حساب سہولت بہ سہولت کی بنیاد پر کیا جاتا ہے جو کہ Medicare اور پرائیویٹ ہیلتھ بیمہ کنندگان کی طرف سے دیے گئے تمام دعووں کو استعمال کرتے ہوئے ایک مخصوص 12 ماہ کی مدت میں تقسیم کیا جاتا ہے جو ان ہی ہسپتال کی سہولت کے دعووں کے لیے متعلقہ مجموعی چارجز سے تقسیم ہوتا ہے۔

درخواست کی مدت - سروس کی تاریخ کے لیے مریض کے پہلے بلنگ اسٹیٹمنٹ کی فراہمی کے بعد 240 دنوں تک سروس کی تاریخ سے شروع ہونے والی مدت

دستیاب اثاثہ جات - گھرانے کے دستیاب اثاثہ جات، بشمول تمام منقولہ اور/یا غیر منقولہ اثاثہ جات کی کل رقم، جسے طبی نگہداشت کے لئے ادائیگی کی خاطر استعمال کیا جاتا ہے، بشمول مگر بلا تحدید: نقد اور نقد کے مساوی، بینک اکاؤنٹس، ڈپازٹ سرٹیفیکیٹس، سرمایہ کاریاں، ٹرسٹ اکاؤنٹس، گاڑیاں، تفریحی سواریاں اور تفریحی آمدورفت کی دیگر اشکال، اور رہائش کے مرکزی مقام کے علاوہ جائیداد میں رینل ایسٹیٹ ایکویٹی۔ درخواست گزار کی رہائش کے مرکزی مقام کی ایکویٹی، آمدورفت کا بنیادی ذریعہ، IRS کا منظور کردہ ریٹائرمنٹ بچت اکاؤنٹ، کاروباری اثاثہ جات اور 3.99 ایکڑ زمین دستیاب اثاثہ جات سے خاص طور پر خارج ہے۔

بیمہ شدہ ادارہ - ایک ہسپتال کی سہولت، پوسٹ ایکویٹ سہولت، فوری نگہداشت کی سہولت، یا اس پالیسی کے تحت شامل میڈیکل گروپ۔ Sentara ریفرنس لیب سلوشنز، LLC۔ اس پالیسی کے تحت ایک بیمہ شدہ ادارہ بھی ہے۔

بیمہ شدہ سروسز - ہنگامی خدمات اور دیگر طبی طور پر ضروری خدمات جو ایک بیمہ شدہ ادارہ کے ذریعہ فراہم کی جاتی ہیں۔

ایمرجنسی سروسز "ایمرجنسی میڈیکل کنڈیشن" کے لیے بیمہ شدہ ادارہ کی طرف سے فراہم کردہ نگہداشت یا علاج، جیسا کہ EMTALA میں اس اصطلاح کی تعریف کی گئی ہے۔

EMTALA - ایمرجنسی طبی علاج اور اکتیو لیبر ایکٹ (42 C.F.R. § 489.24; 1395dd U.S.C.)۔

غیر معمولی جمع کاری کی کاروائیاں یا ECAs - غیر معمولی جمع کاری کی کاروائیاں جیسا کہ Treas بیان کیا گیا ہے۔ رجسٹریشن سیکشن 1.501-6(b)(r)۔ عدم ادائیگی کی صورت میں اور مالی مدد کے بغیر، ایک بیمہ شدہ ادارہ مختلف اقدامات کر سکتا ہے، بشمول کسی فرد کا قرض کسی دوسرے فریق کو فروخت کرنا، صارفین

غیر بیمہ شدہ سروسز - احاطہ شدہ ادارہ کے ذریعہ فراہم کردہ صحت کی دیکھ بھال کی خدمات جو اس پالیسی کے تحت شامل نہیں ہیں۔ ان خدمات میں تمام کاسمیٹک، پلاسٹک سرجری، باریٹرک سرجری، وزن میں کمی کے کلینکس، انتخابی طریقہ کار، مریض کی سہولت کی اشیاء، خوردہ خدمات یا پیکیڈ قیمت کی خدمات شامل ہیں، لیکن ان تک محدود نہیں ہوسکتی ہیں، جن میں رعایت پہلے سے لاگو ہو چکی ہے، صرف نقد قیمت والی خدمات، کلینکل ٹرانلز، اور تمام خدمات جن میں فریق ثالث کی ذمہ داری کا دعویٰ ہے۔

غیر ہسپتال فیسلیٹی - ایک ایسی فیسلیٹی جس کے لئے کوڈ آف ورجینیا کے ٹائٹل 32.1، چیپٹر 5 کے تحت اسپتال کی اجازت ضروری نہیں ہے، بشمول لیکن غیر محدود، کسی ایسے فیزیٹین کا آفس جس کا مالک کسی ایسے اسپتال کا آرگنائزیشن ہو اور اسی کے ذریعہ چل رہا ہو جو کوڈ آف ورجینیا سیکشن کے تحت اسپتال کی اجازت کے ان تقاضوں سے مستثنیٰ ہو۔ 124-32.1

پوسٹ ایکویوٹ فیسلیٹی - تمام سینٹارا انٹریرائزز (SE) سے چلنے والے مقامات جو کہ کامن ویلتھ آف ورجینیا اور شمال مشرقی شمالی کیرولاننا میں گھریلو صحت، باسپیس، انفیوژن، اور فارمیسی خدمات فراہم کرتے ہیں۔

پبلک ہیلتھ ایمرجنسی (PHE) - پبلک ہیلتھ سروس (PHS) کے قانون کے سیکشن 319 کے تحت شعبہ صحت و بشری خدمات (HHS) کے سیکریٹری کی جانب سے سرکاری اعلان۔ اعلامیہ ایمرجنسی کی مدت یا 90 دن تک جاری رہ سکتا ہے لیکن سیکریٹری کی طرف سے بعد میں 90 دن کی شرائط کے لیے توسیع یا تجدید کی جا سکتی ہے۔ اسٹافورڈ ایکٹ کے تحت ایمرجنسی یا ڈیزاسٹر آرڈر کا صدارتی اعلان PHE کے ساتھ بھی ہو سکتا ہے لیکن PHE کا اعلان کرنے کی ضرورت نہیں ہے اور نہ ہی یہ ضروری ہے کہ ریاست کے گورنر کے ذریعے صحت عامہ کی ایمرجنسی کے لیے ہنگامی حالت کا اعلان کیا جائے۔

خود ادا کرنے والے مریض - بیمہ شدہ مریض جو بیمہ شدہ ادارے سے کورڈ سروسز حاصل کرنے سے پہلے انتخاب کرتے ہیں کہ وہ اپنے بیمہ کو صحت کی دیکھ بھال سے متعلق خدمات کے لیے بل نہ دیں جیسا کہ HITECH ایکٹ کے تحت ضروری ہے۔

Sentara Bill Pay (SBP) - سینٹارا کا الیکٹرانک بل ادائیگی کا اختیار۔

Sentara MyChart - ایک ایسا آلہ جو مریض کی ذاتی طبی معلومات اور صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے تک محفوظ اور آسان الیکٹرانک رسائی فراہم کرتا ہے۔ Sentara MyChart کے ساتھ، ایک مریض مالی امداد کی درخواست شروع کر سکتا ہے، سپورٹ اپ لوڈ کر سکتا ہے، اور جائزہ اور کارروائی کے لیے اسے سینٹارا ہیلتھ کو جمع کر سکتا ہے۔

Sentara ریفرنس لیب سلوشنز، Sentara - LLC کنکشن کے لیے خصوصی لیب، ایک کلینیکل انٹیگریٹڈ نیٹ ورک۔ آن سائٹ اناتومک پیٹھالوجی سروسز بشمول سرجیکل پیٹھالوجی اور سائٹوپیتھولوجی، نیز اسی دن اندرون مریض، آؤٹ پشمنٹ، آؤٹ ریچ، رویے کی صحت، اور نرسنگ ہوم کے مریضوں کے لیے لیب ٹیسٹنگ۔

معقول حد تک متعلقہ ادارہ - کسی ہاسپیٹل آرگنائزیشن کے تحت کام کرنے والی کسی ہاسپیٹل فیسلیٹی سے متعلق، ایک ادارہ جس کو فیڈرل ٹیکس کے مقاصد کے لئے ایک شراکت داری مانا جاتا ہے جس میں ہاسپیٹل آرگنائزیشن کسی سرمایہ یا منافع کے سود کا مالک ہوتا ہے یا کوئی غیر متعلقہ ادارہ جس کا ہاسپیٹل آرگنائزیشن واحد ممبر یا مالک ہو، جو اس ہاسپیٹل فیسلیٹی میں بیمہ شدہ سروسز فراہم کرتا ہو۔

فریق ثالث کی ذمہ داری کے دعوے - مریض کا کسی دوسرے فرد، غیر صحت بیمہ کنندہ، یا مریض کی طبی خدمات کی لاگت کو پورا کرنے کی ذمہ دار ہستی کے خلاف کوئی بھی دعویٰ ہوسکتا ہے۔

غیر بیمہ شدہ اور خود ادائیگی کی رعایت - غیر بیمہ شدہ مریضوں اور خود ادائیگی والے مریضوں کی کور شدہ خدمات پر احاطہ شدہ ہستی کے مجموعی چارجز پر لاگو ایک مقررہ رعایت کا فیصد۔

غیر بیمہ شدہ مریض - وہ افراد جن کے پاس صحت کی دیکھ بھال کی انشورنس کی کوئی شکل نہیں ہے (سرکاری، تجارتی، منظم نگہداشت، یا نجی ہیلتھ انشورنس)۔

فوری نگہداشت کی سہولت - ایک ایسی سہولت جو فوری نگہداشت کی خدمات فراہم کرتی ہے۔ اس پالیسی کے تحت درج ذیل فوری دیکھ بھال کی سہولیات کا احاطہ کیا گیا ہے:

• Velocity Urgent Care, LLC

فوری نگہداشت کی خدمات - طبی طور پر ضروری سروس کے لیے فوری نگہداشت کی سہولت میں فراہم کی جانے والی نگہداشت اتنی سنجیدہ ہے کہ ایک معقول شخص فوری نگہداشت حاصل کرے، لیکن اتنی شدید نہیں کہ اس کے لیے ہنگامی خدمات کی ضرورت ہو۔

بیمہ شدہ سروسز:

اس پالیسی کے تحت صرف بیمہ شدہ ادارے یا اس سے متعلقہ ہستی کی فراہم کردہ خدمات کو مریض کی دیکھ بھال کے لیے اہل تصور کیا جاتا ہے۔ غیر بیمہ شدہ سروسز، تعریف کے لحاظ سے، خاص طور پر بیمہ سروس کے طور پر خارج کردی گئی ہیں۔ ایک بیمہ شدہ ادارے کے پاس Sentara Health کے ذریعہ ملازم نہ ہونے والے فراہم کنندگان سے چارجز کے سلسلے میں مالی امداد کی پیشکش کرنے کا اختیار نہیں ہے۔

خود کسی ہاسپٹل فیسلیٹی کے علاوہ، فراہم کاروں کی ایک فہرست، جو ہر ہاسپٹل فیسلیٹی میں ایمرجنسی سروسز یا طبی طور پر ضروری دیگر سروسز فراہم کر رہے ہوں اور چاہے ان کی سروسز اس پالیسی کے تحت احاطہ شدہ نہ ہوں، ایک علیحدہ دستاویز میں درج کی جاتی ہے جو مفت میں حاصل کیا جاسکتا ہے: (1) ہر ہاسپٹل فیسلیٹی کے اندر مریض رجسٹریشن والے حصے سے؛ (2) اس پالیسی میں بیان کردہ ٹیلیفون نمبر پر فون کر کے؛ (3) اس پالیسی میں بیان کردہ پتہ پر ایک تحریری درخواست بھیج کر؛ یا (4) www.sentara.com/financialassistance پر جا کر۔

مالی امداد کی نابلت:

مالی امداد ان مریضوں کے لیے دستیاب نہیں ہے جو قابل اطلاق ادائیگی کنندہ کی ضروریات کی معقول تعمیل کرنے میں ناکام رہتے ہیں، بشمول اجازت، حوالہ جات، یا ہیلتھ بیمہ کنندہ کے استفسارات یا دعوے کے فیصلے کے لیے دیگر تقاضوں کا جواب دینا، لیکن ان تک محدود نہیں۔

جب مریض کو متعلقہ فریق ثالث کی ذمہ داری کا دعویٰ دستیاب ہو تو مالی امداد دستیاب نہیں ہوتی ہے۔ مستثنیات کا تعین قابل اطلاق بیمہ شدہ ادارے کی طرف سے کیس در کیس کی بنیاد پر کیا جاتا ہے، خاص حقائق اور حالات کی بنیاد پر۔

اگر کوئی مریض یا مریض کا ذمہ دار فریق/ضمانت کنندہ گھریلو آمدنی، گھریلو سائز، اثاثہ جات، واجبات، اخراجات، یا دستیاب دیگر وسائل کے بارے میں غلط معلومات فراہم کرتا ہے تو مالی امداد سے انکار کر دیا جائے گا جو کورڈ سروسز کی ادائیگی کے مالی ذرائع کی نشاندہی کر سکتے ہیں۔

اہلیت کا معیار اور مالی امداد کی رقم کا تعین:

درخواست دہی کی مدت کے دوران کسی بھی وقت اس پالیسی کے تحت احاطہ شدہ سروسز سے متعلق مالی تعاون کی درخواست دینے کے لیے مریض اہل ہیں۔ مالی امداد کی جس سطح کا ایک درخواست دہندہ اس پالیسی کے تحت اہل ہے، اس کا تعین کرتے وقت مریض کی گھریلو آمدنی کا متعلقہ حقائق اور حالات کی روشنی میں تخمینہ لگایا جاتا ہے، جیسے کہ رپورٹ کردہ آمدنی، املاک، دین داریاں، اخراجات اور دیگر وسائل جو مریض کے لیے یا مریض کے ذمہ دار فریق کے لیے دستیاب ہوں۔

مندرجہ ذیل گھریلو آمدنی کے معیار کا استعمال اس بات کا تعین کرنے کے لیے کیا جاتا ہے کہ مریض کے لیے بیمہ شدہ سروسز سے متعلق بقایا مریض کے اکاؤنٹ میں کتنی رقم، اگر کوئی ہے، مالی امداد کے طور پر لکھی جائے گی:

- غیر بیمہ شدہ مریض جن کی گھریلو آمدنی اس وقت کی فیڈرل پاورٹی گائیڈ لائنز کے 300% یا اس سے کم ہے اور دستیاب اثاثوں میں \$50,000 سے کم ہیں اس پالیسی کے تحت بیمہ شدہ ادارے کے مجموعی چارجز کے مکمل، 100% رائٹ آف کے اہل ہیں۔
- خود ادائیگی کرنے والے مریض جن کی گھریلو آمدنی اس وقت کی فیڈرل پاورٹی گائیڈ لائنز کے 300% یا اس سے کم ہے اور \$50,000 سے کم ہے دستیاب اثاثے اس پالیسی کے تحت بیمہ شدہ خدمات سے متعلق بیمہ شدہ محکمہ کے مجموعی چارجز کے مکمل، 100% رائٹ آف کے اہل ہیں۔
- اس وقت کی موجودہ فیڈرل پاورٹی گائیڈ لائنز کے 300 فیصد پر یا اس سے نیچے کی گھریلو آمدنی اور \$50,000 ڈالر سے کم قیمت دستیاب اثاثہ جات والے بیمہ شدہ مریض اس پالیسی کے تحت بیمہ شدہ سروسز پر انشورنس ادا کردینے کے بعد مریض کی کسی بھی بقیہ ذمہ داری بیلینس کا ایک مکمل، 100 فیصد منہا کے اہل ہیں۔
- غیر بیمہ شدہ مریض اور خود ادائیگی والے مریض جن کی گھریلو آمدنی 300% سے زیادہ ہے، لیکن اس وقت کی فیڈرل پاورٹی گائیڈ لائنز میں سے 400% یا اس سے کم ہے اور دستیاب اثاثوں میں \$50,000 سے کم ہے ساتھ 80% کی رعایت کے اہل ہیں۔ اس پالیسی کے تحت کورڈ سروسز سے متعلق کور شدہ ہستی کے مجموعی چارجز پر % چھوٹ۔
- غیر بیمہ شدہ مریض اور خود تنخواہ والے مریض جن کی گھریلو آمدنی اس وقت کی موجودہ وفاقی غربت کے رہنما خطوط کے 400% سے زیادہ ہے اس پالیسی کے تحت مالی امداد کے اہل نہیں ہیں۔ ان غیر بیمہ شدہ مریضوں اور خود ادائیگی والے مریضوں کے لیے جو اس پالیسی کے تحت مالی امداد سے خارج ہیں، ہسپتال کے مجموعی چارجز کے 50% کے برابر رعایت لاگو ہوگی۔ مزید معلومات کے لیے علیحدہ غیر بیمہ شدہ اور خود ادائیگی کی رعایتی پالیسی دیکھیں۔
- تباہ کن مالی امداد بیمہ شدہ خدمات پر ان مریضوں کے لیے دستیاب ہے جو مندرجہ بالا معیار کی بنیاد پر مفت یا کم نگہداشت کے اہل نہیں ہیں تاہم فراہم کردہ خدمات کی نوعیت اور حد کی وجہ سے گھریلو آمدنی کے سلسلے میں Sentara Health کی دیکھ بھال سے متعلق اہم مالی ذمہ داریاں ہیں۔ دیگر ممکنہ طور پر دستیاب

وسائل۔ ایسے حالات میں جب کورڈ سروسز پر مریض کی ذمہ داری کی رقم گھریلو آمدنی کے 100% سے زیادہ ہو جائے تو بیمہ شدہ ادارہ مریض کی ذمہ داری کے توازن کو درخواست دہندگان کی گھریلو آمدنی کے 25% تک ایڈجسٹ کرے گا۔

درخواست دہندگان سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ مالی امداد کے لیے درخواست دینے سے پہلے دستیاب بیمہ بشمول Medicaid کے لیے درخواست دیں۔ بیمہ شدہ ادارے نے سرکاری پروگراموں کے لیے درخواست دینے میں غیر بیمہ شدہ مریضوں کی مدد کے لیے Medicaid اہلیت فروشوں کی خدمات کا اندراج کیا ہے۔ بیمہ شدہ ادارے مریض کی ادائیگی کرنے والے کی معلومات کی شناخت میں مدد کے لیے ٹیکنالوجی اور دیگر وینڈر سروسز کا بھی استعمال کرتی ہے جب مریض کے رجسٹریشن کے عمل کے دوران ایسی معلومات بیمہ شدہ ادارے کو نہیں دی جاتی ہیں۔

اس پالیسی کے تحت مالی امداد کے لیے درخواست دہندگان کو درخواست کی مدت کے دوران گھریلو آمدنی کی تصدیق کے لیے درج ذیل دستاویزات میں سے کوئی بھی جمع کرانے کی ضرورت ہو سکتی ہے:- درخواست کے وقت تین تازہ ترین بے اسٹیس؛ درخواست کے وقت حالیہ ترین سالانہ وفاقی ٹیکس ریٹرن یا W-2؛ اجر کی تصدیق؛ سرکاری امدادی دستاویزات؛ سماجی تحفظ، کارکنوں کا معاوضہ، یا بے روزگاری کے معاوضے کے تعین کے خطوط؛ بینک اسٹیٹمنٹ؛ یا ایسی دوسری دستاویزات جو گھریلو آمدنی اور دستیاب اثاثوں کا ثبوت فراہم کرتی ہیں۔ ایک بیمہ شدہ ادارہ اس پالیسی کے تحت کسی درخواست دہندہ کی گھریلو آمدنی اور دستیاب اثاثوں کے تعین اور مالی امداد کی اہلیت کے تعین میں ثبوت کے طور پر فریق ثالث کی کریڈٹ انکوائریوں اور عوامی طور پر دستیاب ڈیٹا کے ذرائع سے آمدنی، اثاثہ، ذمہ داری، اخراجات اور دیگر وسائل کا ڈیٹا بھی استعمال کر سکتی ہے۔

ایک قیاساتی فیصلہ ایک احاطہ شدہ ادارے کے ذریعے کیا جا سکتا ہے جو فریق ثالث کی کریڈٹ انکوائریوں اور عوامی طور پر دستیاب ڈیٹا کے ذرائع کو استعمال کرتے ہوئے یہ تعین کر سکتا ہے کہ آیا کوئی مریض اس پالیسی کے تحت مالی امداد کے لیے اہل ہے یا نہیں۔ اگر یہ ڈیٹا بتاتا ہے کہ بیمہ شدہ مریض، غیر بیمہ شدہ مریض، یا خود تنخواہ والے مریض کی کل گھریلو آمدنی اس وقت کی فیڈرل پاورٹی گائیڈ لائنز کے 300% یا اس سے کم ہے، تو احاطہ شدہ خدمات کے لیے مریض کے بقیہ بیلنس کا 100% تحریر کیے جانے کا اہل ہو سکتا ہے۔ جند۔

مالی امداد سے متعلق کسی مریض کی اہلیت کا پیشگی تعین اہلیت کی مدت کے اختتام کے بعد اس مریض کے لیے مزید نگہداشت کی درخواست کے لیے کافی نہیں ہے۔ مالی امداد کے لیے ایک نئی درخواست مکمل کرنا ضروری ہے۔

ایک بار جب ہسپتال کی سہولت کا مریض اس پالیسی کے تحت مالی امداد کے لیے اہل ہونے کا تعین کر لیتا ہے، تو ان سے اس پالیسی کے تحت کورڈ سروسز کے لیے عام طور پر بل کی گئی رقم سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔ AGB کا تعین کسی ہاسپٹل فیسلٹی کے AGB فیصد کے ذریعے کسی ایمرجنسی سروسز یا طبی طور پر ضروری سروسز کی فراہمی کے لیے مجموعی چارجز کو دوگنا کر کے کیا جاتا ہے، جو میڈیکل اور پرائیویٹ ہیلتھ انشورنس دونوں کے تحت اجازت شدہ سبھی کلیم (دعووں) پر مبنی ہے۔ اس پالیسی کے تحت احاطہ شدہ ہر ہاسپٹل فیسلٹی کے AGB فیصد بیان کرنے والی اور AGB فیصد کے حساب کے طریقہ کو بیان کرنے والی ایک معلوماتی شیٹ مفت میں حاصل کی جا سکتی ہے: (1) ہر ہاسپٹل فیسلٹی کے اندر مریض رجسٹریشن والے حصے سے؛ (2) اس پالیسی میں بیان کردہ ٹیلیفون نمبر پر فون کر کے؛ (3) اس پالیسی میں بیان کردہ پتہ پر ایک تحریری درخواست بھیج کر؛ یا (4) www.sentara.com/financialassistance پر جا کر۔

غیر بیمہ شدہ مریض اور خود ادائیگی کرنے والے مریض جو اس پالیسی کے تحت مالی امداد کے لیے اہلیت کے تقاضوں کو پورا نہیں کرتے ہیں انہیں اس پالیسی میں بیان کردہ Sentara Health سے رابطہ کرنا چاہیے تاکہ یہ تعین کیا جا سکے کہ آیا وہ اس پالیسی کے باہر پیش کردہ رعایتوں کے لیے اہل ہو سکتے ہیں۔

مالی امداد کے لیے درخواست دینے یا حاصل کرنے کے طریقے:

مالی تعاون کی درخواست پر ہاسپٹل فیسلٹی کے مریض رجسٹریشن والے حصے میں دستیاب ہے اور اس کو www.sentara.com/financialassistance پر مفت میں انٹرنیٹ سے بھی ڈاؤن لوڈ کیا جا سکتا ہے۔ مالی امداد کی درخواست فون کے ذریعہ 757-233-4600 پر درخواست کرنے، یا درج ذیل پتے پر ایک تحریری درخواست بھیجنے پر مریضوں کو مفت میں بھیجی جا سکتی ہے:

Sentara Health
ATTN: فنانشل کوارڈینیٹر
PO BOX 117839
Atlanta, GA 30368-7839

مالی امداد کے لیے مکمل شدہ درخواستیں، گھریلو آمدنی کے ثبوت اور دیگر تمام معاونت کے ساتھ، اس پالیسی میں بیان کردہ پتے پر بھیجی جانی چاہئیں یا درخواست اور سپورٹ Sentara MyChart کے ذریعے جمع کروائی جا سکتی ہے۔ متبادل طور پر، ایک مریض مکمل شدہ درخواست، گھریلو آمدنی کے ثبوت اور دیگر تمام معاونت کے ساتھ، ہسپتال کی سہولت کے کسی بھی مریض کے رجسٹریشن والے علاقے میں واپس کر سکتا ہے۔

جن مریضوں کو اس پالیسی کے بارے میں اضافی معلومات کی ضرورت ہے، یا جنہیں مالی امداد کی درخواست کے عمل میں مدد کی ضرورت ہے، وہ سینٹارا فنانشل کوارڈینیٹر سے بات کرنے کے لیے پیر سے جمعہ صبح 8:30 AM اور 4:30 PM پر کال کر سکتے ہیں۔

اہلیت کی مدت:

اس پالیسی کے تحت اہلیت کے تعین درخواست کی تاریخ سے 240 دن پہلے پیش کی جانے والی کورڈ سروسز کے لیے اور حتمی منظوری کی تاریخ کے 6 ماہ بعد یا حتمی منظوری کی تاریخ کے 12 پورے مہینے بعد کے لیے موثر ہیں اگر درخواست دہندہ کی گھریلو آمدنی کا واحد ذریعہ ہے۔ ایک قابل تصدیق مقررہ آمدنی کے ذریعہ سے جیسے کہ پنشن یا سوشل سیکیورٹی۔

عدم ادائیگی کی صورت میں اٹھائے گئے اقدامات (مجموعہ/خراب قرض):

جمع کرنے کا عمل تمام بیمہ شدہ مریضوں کے لیے یکساں ہے قطع نظر کہ ان کی قسم کی انشورنس، یعنی Medicare کمرشل انشورنس، منظم نگہداشت، یا نجی ہیلتھ انشورنس۔ تمام بیمہ کی ادائیگی کے بعد مریض کو جمع کرنے کی کوششیں شروع ہو جاتی ہیں۔ تمام بیمہ کی ادائیگی کے بعد باقی رہ جانے والا کوئی بھی بیلنس مریض کی ذمہ داری کی رقم تصور کیا جاتا ہے۔ Sentara Health کم از کم تین بیلنس واجب الادا اطلاعات کے ساتھ کم از کم 120 دنوں کے لیے بیمہ شدہ مریضوں سے مریض کی ذمہ داری کی رقم وصول کرنے کی کوشش کرتی ہے اس سے پہلے کہ اکاؤنٹ/وزٹ برا قرض بن جائے اس وقت اکاؤنٹ/وزٹ کو سینٹارا کے کلیکشن ڈیپارٹمنٹ یا باہر کی وصولی ایجنسی کے پاس رکھا جا سکتا ہے۔

غیر بیمہ شدہ مریض اور خود ادائیگی کرنے والے مریض کی ذمہ داری کی رقم کے حوالے سے بیمہ شدہ مریضوں کی طرح جمع کرنے کے اسی عمل کی پیروی کرتے ہیں۔ Sentara's کا کلیکشن ڈیپارٹمنٹ یا کلیکشن ایجنسی مریض سے واجب الادا رقم وصول کرنے کے لیے اگلے 120 دنوں کے دوران کم از کم تین اضافی کوششیں کرتی ہے اور اس میں مریض کے لیے مالی امداد کے لیے درخواست دینے کی مدت بھی شامل ہوتی ہے۔ باہر کی وصولی کرنے والی ایجنسی کے پاس رکھے گئے خراب قرض کے کھاتے اس وقت تک ایجنسی کے پاس ہی رہتے ہیں جب تک کہ ان کی ادائیگی یا Sentara Health کو واپس نہ کر دی جائے۔ Sentara Health کو واپس کیے گئے اکاؤنٹس جمع کرنے کی اضافی کوششیں حاصل کر سکتے ہیں یا Sentara Health اپنی صوابدید پر، مریض کے انفرادی حالات کی بنیاد پر جمع کرنے کی تمام کوششوں کو روکنے کا انتخاب کر سکتی ہے۔

Sentara Health اس پالیسی کے تحت مالی امداد کے لیے مریض کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے معقول کوششیں کرتا ہے اس سے پہلے کہ اس طرح کے مریض کے حوالے سے وصولی کی کوششوں میں شامل ہو جائے۔ اس طرح کی کوششوں میں اس پالیسی کے بارے میں مریض کو مطلع کرنا، مالی امداد کے لیے نامکمل درخواست کے ازالے میں مریض کی مدد کرنا، اور مکمل درخواست موصول ہونے کے بعد اہلیت کے تعین کے بارے میں مالی امداد کے لیے درخواست دہندہ کو مطلع کرنا شامل ہے۔

اگر، معقول کوششوں کے بعد، کوئی مریض یا تو اس پالیسی کے تحت مالی امداد کے لیے اہل نہیں پایا جاتا ہے یا مالی امداد کے لیے اہلیت کا تعین کرنے کے لیے ضروری معلومات حاصل کرنے کے لیے بیمہ شدہ ادارے کی کوششوں کے لیے غیر جوابدہ ہے، تو مریض کا اکاؤنٹ خراب ہو سکتا ہے۔ قرض اور ناکارہ اکاؤنٹ Sentara's کے کلیکشن ڈیپارٹمنٹ یا باہر کی وصولی ایجنسی کے حوالے کر دیا گیا۔ ایک بار جب کوئی اکاؤنٹ Sentara's کے کلیکشن ڈیپارٹمنٹ یا باہر کی کلیکشن ایجنسی کو دے دیا جاتا ہے تو ECAs ایک بیمہ شدہ ادارے کے ذریعے لیا جا سکتا ہے۔ ECAs میں اکاؤنٹ کی آؤٹ سورسنگ کو اکٹھا کرنے والی ایجنسی کو شامل کیا جا سکتا ہے جو ایک یا زیادہ صارفین کی رپورٹنگ ایجنسیوں (کریڈٹ بیورو) کو ناکارہ اکاؤنٹ کی اطلاع دے سکتی ہے۔ اس کے علاوہ، ایک بیمہ شدہ ادارے کو فیصلے حاصل کرنے، فیصلے ریکارڈ کرنے، اعتماد کے اعمال کو انجام دینے، اور حقیقی املاک پر لینز لگانے کے لیے قانونی کارروائی شروع کرنے کا اختیار ہے۔

ایک معقول مدت کے بعد اور کسی بھی ECAs میں مشغول ہونے سے پہلے، ایک بیمہ شدہ ادارہ مریض کو اہل بنانے کی کوشش کرے گا اور اس پالیسی کے تحت اس مریض کی بیمہ شدہ سروسز سے متعلق بیلنس لکھے گا جب کوئی مریض مالی معلومات فراہم نہیں کرتا ہے یا فراہم کرنے کی کوششوں کا جواب نہیں دیتا ہے۔ کریڈٹ رپورٹنگ ڈیٹا پر مبنی مالی امداد جو آمدنی اور کریڈٹ کی اہلیت کا تعین کرنے میں مدد کرتی ہے۔ جب کریڈٹ ڈیٹا یہ بتاتا ہے کہ بیمہ شدہ مریض، غیر بیمہ شدہ مریض، یا خود ادائیگی والے مریض کی کل گھریلو آمدنی اس وقت کی فیڈرل پاورٹی گائیڈ لائنز کے 300% یا اس سے کم ہے، اس مریض کی بیمہ شدہ سروسز کے اکاؤنٹ کا بیلنس ممکنہ مالی امداد کے لیے رائٹ آف کیا جا سکتا ہے۔

ایک مریض اس پالیسی کے تحت کورڈ سروسز پر ممکنہ مالی امداد کے تحفظات کے لیے اہل ہے اور اگر مریض Medicaid کوریج کے لیے اہل سمجھا جاتا ہے یا اس کے پاس ہے، بے گھر، مرنے والا، بغیر جائیداد کے، صحت کی دیکھ بھال کی خدمات حاصل کر رہا ہے تو اس کے اکاؤنٹ کا بیلنس رائٹ آف بھی ہو سکتا ہے۔ نان Sentara ہیلتھ فری کلینک، Sentara کمیونٹی کیئر کلینک، فیڈرل کوالیفائیڈ ہیلتھ سینٹر (FQHC)، یا سپلیمنٹل نیوٹریشن اسسٹنس پروگرام (SNAP) میں حصہ لے رہا ہے۔

مریض کے کھاتوں کو خراب قرض کے طور پر درجہ بندی کرنے سے پہلے، ایک بیمہ شدہ ادارہ، اپنے معمول کے جمع کرنے کے عمل کے حصے کے طور پر، Sentara بل ہے (SBP) میں تین بیلنس کمیونیکیشنز یا مریض کے بیانات سے کم کی ایک سیریز کو میل کرے گا یا دستیاب کرے گا، اور فون کے ذریعے بھی مریضوں سے رابطہ کرنے کی کوشش کر سکتے ہیں۔ عدم ادائیگی کی صورت میں یا باہمی رضامندی سے ادائیگی کے انتظامات کی عدم موجودگی میں، ایک بیمہ شدہ ادارہ ایک اکاؤنٹ کو برا قرض سمجھے گا اور مریض کی پہلی پوسٹ ڈسچارج بلنگ اسٹیٹمنٹ کی فراہمی کے 120 دنوں کے بعد ECAs لے سکتا ہے یا Sentara بل ہے (SBP) میں پہلا بیلنس واجب الادا مواصلات۔ جب اکاؤنٹ خراب قرض میں ہو تو مریض کو تین مریض کے بیانات کی ایک اضافی سیریز بھیجی جائے گی۔ مریض کے بیانات کی اس دوسری سیریز کے اختتام پر باقی رہ جانے والے کسی بھی غیر ادا شدہ اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) کا قانونی غور و خوض کے لیے جائزہ لیا جائے گا یا باہر کی جمع کرنے والی ایجنسی کے ساتھ جگہ کا تعین کیا جائے گا۔

درخواست کیم دت کے دوران مریض کے بیلنس کے دوران مالی امداد کے تخمینہ کے اہل ہیں۔ درخواست کی مدت کے دوران مالی امداد کے لیے درخواست موصول ہونے پر، کسی بھی ECAs کو اس وقت تک معطل کر دیا جاتا ہے جب تک کہ کسی بیمہ شدہ ادارے کی طرف سے اہلیت کا حتمی تعین نہ کر دیا جائے۔ مالی امداد کے لیے درخواست دہندہ جو درخواست کی مدت کے دوران نامکمل معلومات فراہم کرتا ہے، کو ایک مناسب وقت دیا جاتا ہے، جیسا کہ Sentara Health کے ذریعے طے کیا گیا ہے، اور خاص حقائق اور حالات کی بنیاد پر، اضافی معلومات اور/کو بیان کرنے والے احاطہ شدہ اداروں کے تحریری نوٹس کا جواب دینے کے لیے۔ یا درخواست کو مکمل کرنے کے لیے درکار دستاویزات۔ اگر درخواست دہندہ کسی مناسب مدت کے اندر کسی احاطہ شدہ ہستی سے اضافی معلومات کی درخواست کا جواب نہیں دیتا ہے، جیسا کہ Sentara Health کے ذریعے طے کیا گیا ہے اور مخصوص حقائق اور حالات کی بنیاد پر، تو پھر ECAs دوبارہ شروع ہو سکتے ہیں۔

کسی ہاسپٹل فیسلٹی کے ذریعہ کسی بھی طرح کے ECAs شروع کرنے سے کم سے کم 30 دن پہلے، ایک مریض کو ان ECAs کے بارے میں تحریری طور پر اطلاع دی جاتی ہے جن کو ایک ہاسپٹل فیسلٹی ادائیگی حاصل کرنے کے لئے شروع کرنا چاہتا ہے اور اہل افراد کے لئے مالی امداد کی دستیابی کی بھی اطلاع دی جاتی ہے۔ نوٹس کے ساتھ ساتھ، مریض کو اس پالیسی کا آسان زبان میں ایک خلاصہ بھی فراہم کیا جاتا ہے۔ ایک ہاسپٹل فیسلٹی اپنے مریضوں کو اس پالیسی کے بارے میں اور اس بارے میں زبانی مطلع کرنے کے لئے ایک معقول کوشش کرے گی کہ وہ ECA شروع کرنے کے نوٹس کو ارسال کرنے اور ECAs دوبارہ شروع کرنے یا شروع کرنے کے بیچ مدت کے دوران کیسے وہ مالی تعاون سے متعلق درخواست کے عمل سے متعلق مدد حاصل کر سکتے ہیں۔ ECAs مریض کی پہلی پوسٹ ڈسچارج بلنگ سٹیٹمنٹ کی فراہمی سے 120 دن پہلے نہیں ہو سکتا، جیسا کہ Treas میں بتایا گیا ہے۔ رجسٹریشن سپیکشن 1.501(i)(3)(c)-6(r)۔

ڈائریکٹر آف فنانشل کلیئرنس اینڈ کلیکشن اس بات کا تعین کرنے کے لئے ذمہ دار ہے کہ کسی بھی ECAs میں شامل ہونے سے پہلے اس پالیسی کے تحت مالی امداد کے لئے ایک بیمہ شدہ ادارہ نے مریض کی اہلیت کا تعین کرنے کے لئے معقول کوششیں کی ہیں۔

اس پالیسی سے استثنیٰ

ڈائریکٹر، فنانشل کلیئرنس اینڈ کلیکشنز، ایسوسی ایٹ جنرل کونسل، ریونیو سائیکل کے نائب صدر، کارپوریٹ فنانش کے سینئر نائب صدر، اور Sentara کے چیف فنانشل آفیسر کو ہر ایک کو اختیار دیا گیا ہے کہ وہ اس پالیسی کے لئے اہلیت اور عزم مستثنیات فراہم کریں۔ - کیس کی بنیاد جو کہ انفرادی مریض کے حقائق اور حالات کے مطابق ہو۔ اگر صحت عامہ کی ایمرجنسی کا اعلان کیا جاتا ہے تو، Sentara Health لیڈرز ہر معاملے کی بنیاد پر اس پالیسی میں اہلیت اور عزم کو مستثنیٰ بنانے کے لئے مجاز ہیں، پبلک ہیلتھ ایمرجنسی کی مدت کے لئے تمام درخواست دہندگان کی اہلیت اور عزم کے تقاضوں کو عارضی طور پر تبدیل کر سکتے ہیں۔ کسی بھی صورت میں کسی مریض کو مالی امداد سے انکار نہیں کیا جائے گا اگر وہ اس پالیسی میں بیان کردہ کورڈ سروسز کے لئے بیان کردہ اہلیت اور عزم کے تقاضوں کو پورا کرتا ہے۔