Atlantic Health

प्रशासनिक पॉलिसी

विषय: निम्न आय, अबीमाकृत और अंडरइंश्योर्ड रोगियों के लिए वित्तीय सहायता

प्रभावी तिथि: 04/29/2026

मुख्य जिम्मेदारी: निदेशक- Patient Financial Services

I. **उद्देश्य:**

यह सुनिश्चित करने के लिए कि सभी रोगियों को भुगतान करने की उनकी क्षमता पर विचार किए बिना, जरूरी आपातकालीन और Atlantic Health System, Inc.'s ("Atlantic Health System") अस्पताल फैसिलिटीज के द्वारा प्रदान की जाने वाली चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्राप्त होती हैं। यह नीति Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center, CentraState Medical Center, और किसी भी Atlantic Health System फैसिलिटी सहित, Atlantic Health System के किसी भी उस अस्पताल पर लागू होती है, जिसे 42 C.F.R 413.65 के मुताबिक प्रदाता-आधारित के तौर पर नियत किया गया है।

II. **नीति:**

यह Atlantic Health System की नीति है, जो यह सुनिश्चित करने के लिए है कि रोगी की भुगतान करने की क्षमता पर विचार किए बिना, उसे जरूरी आपातकालीन और इसकी अस्पताल फैसिलिटीज के द्वारा प्रदान की जाने वाली चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्राप्त होती हैं। कई प्रकार के प्रोग्रामों के द्वारा वित्तीय सहायता उपलब्ध है, जैसा कि उन निम्न-आमदनी, अबीमाकृत और अंडरइंश्योर्ड रोगियों के लिए नीचे सेक्शन IV में वर्णित किए गए हैं, जो अपने पूरे या आंशिक अस्पताल बिल का भुगतान करने में सक्षम नहीं होते। जैसा कि ऊपर दिया गया है, यह नीति Atlantic Health System की किसी भी अस्पताल फैसिलिटी और Atlantic Health System की किसी भी फैसिलिटी पर लागू होगी, जिसे 42 C.F.R 413.65 में प्रदाता-आधारित स्थिति को नियंत्रित करने वाले फेडरल विनियमों के मुताबिक प्रदाता-आधारित के तौर पर नियत किया गया है।

वित्तीय सहायता और छूटें केवल आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य स्वास्थ्य संबंधी देखभाल सेवाओं के लिए ही उपलब्ध हैं। कुछ सेवाएं, जिनमें शामिल हैं, परंतु इन तक सीमित नहीं हैं, चिकित्सक की फीस, एनेस्थीसियोलॉजी फीस, रेडियोलॉजी व्याख्या और बाहरी रोगी प्रिस्क्रिप्शन्स, अस्पताल शुल्कों से अलग होती हैं और हो सकता है कि ये Atlantic Health System के द्वारा वित्तीय सहायता की पात्र न हों। अस्पताल की फैसिलिटी के अलावा, अस्पताल फैसिलिटी या फैसिलिटी के द्वारा आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य देखभाल प्रदान करने वाले सभी प्रदाताओं की सूची, इस FAP के परिशिष्ट A में प्राप्त की जा सकती है, जिसमें यह दिया गया है कि कौन-से प्रदाता इस वित्तीय सहायता पॉलिसी (Financial Assistance Policy) ("FAP") द्वारा शामिल किए गए हैं। प्रदाता सूची 2 की तिमाही तौर पर समीक्षा की जाती है और यदि जरूरी हो तो उसे अपडेट किया जाता है।

III. **सामान्य:**

A. Atlantic Health System, उन सेवाओं के लिए भुगतान करने की रोगी की क्षमता पर विचार किए बिना और इस पर विचार किए बिना कि वे रोगी, इस FAP के मुताबिक वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं या नहीं और अगर हैं तो किस हद तक, New Jersey के उन सभी निवासियों को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं, भर्ती रोगी और बाहरी रोगी सेवाएं देगा, जिन्हें आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से जरूरी देखभाल की जरूरत है।

B. Atlantic Health System ऐसी किन्हीं कार्रवाईयों में शामिल नहीं होगा, जो आपातकालीन चिकित्सीय देखभाल लेने से लोगों को निरुत्साहित करती हैं, जैसे कि यह मांग करके कि आपातकालीन विभाग के रोगी इलाज पाने से पहले भुगतान करें या आपातकालीन विभाग या ऐसे अन्य क्षेत्रों में कर्ज उगाही करने की गतिविधियों की अनुमति देकर, यहां ऐसी गतिविधियां गैर-पक्षपात आधार पर आपातकाली देखभाल के प्रावधान में दखल दे सकती हों।

C. Atlantic Health System की FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन और प्लेन लैंग्वेज समरी (Plain Language Summary) ("PLS") सभी, निम्नलिखित वेबसाइट पर ऑनलाइन उपलब्ध हैं: http://www.atlantichealth.org/financialassistance

D. Atlantic Health System की FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन और प्लेन लैंग्वेज समरी ("PLS"), अंग्रेजी में और अंग्रेजी में सीमित दक्षता वाली आबादी की मूल भाषा में उपलब्ध हैं, जिसमें 1,000 से या प्रत्येक फैसिलिटी के मुख्य सेवा क्षेत्र द्वारा सेवा पाने वाले समुदाय के 5% से कम व्यक्ति हों। FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन और PLS के अनुवाद, इस FAP के परिशिष्ट B में निर्धारित की गई भाषाओं में उपलब्ध हैं। यह सुनिश्चित करने का हर संभव प्रयास किया जाएगा कि FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन और PLS, उन रोगियों को पूरी तरह से समझ आए, जिनकी मूल भाषाएं उपलब्ध अनुवादों में शामिल नहीं हैं।

E. FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन और PLS की कागज की प्रतियां, निवेदन पर, डाक द्वारा निशुल्क उपलब्ध हैं और इन्हें नीचे सूचीबद्ध भर्ती विभागों, आपातकालीन विभागों और वित्तीय काउंसलिंग कार्यालयों सहित, अस्पताल की फैसिलिटीज के भिन्न क्षेत्रों में प्रदान किया जाता है। वित्तीय सहायता के लिए आवेदन, व्यक्तिगत, डाक द्वारा, फैक्स द्वारा या ई-मेल द्वारा प्रस्तुत किए जा सकते हैं।

<u>वित्तीय काउंसलिंग के कार्यालय: Call Center Phone # 1-844-487-3627</u>

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, NJ 07960

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, NJ 07901

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, NJ 07444

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, NJ 07860

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, NJ 07840

CentraState Medical Center: 901 West Main St., Freehold, NJ 07728

F. यदि रोगियों को FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन या PLS की कागज की प्रतियां पाने में सहायता चाहिए, तो वे Customer Service Department को 1-800-619-4024 पर फोन कर सकते हैं या ऊपर सूचीबद्ध वित्तीय काउंसलिंग कार्यालयों में जा सकते हैं या उनसे संपर्क कर सकते हैं।

G. भर्ती क्षेत्रों, आपातकालीन विभागं और वित्तीय काउंसलिंग कार्यालयों सहित पब्लिक अस्पताल के सभी स्थानों पर साइन बोर्ड और डिस्प्ले स्पष्ट रूप से लगाए जाएंगे, जो रोगियों को वित्तीय सहायता के बारे में सूचित करेंगे।

H. PLS, सभी रोगियों को इनटेक प्रक्रिया के हिस्से के तौर पर पेश किए जाएंगे।

I. Atlantic Health System, उन पात्र रोगियों को वित्तीय सहायता पेश करने के लिए प्रतिबद्ध है, जिनकी संपूर्ण या आंशिक तौर पर आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए भुगतान करने की क्षमता नहीं है। इस दानार्थ लक्ष्य को पूरा करने के लिए, Atlantic Health System, इस FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन और PLS को स्थानीय समाज सेवा और गैर-लाभ एजेंसियों के सहयोग से, उन समुदायों में व्यापक रूप से प्रचारित करेगा, जिसे यह सेवा देता है।

J. रोगी या उनके प्रतिनिधि, वित्तीय सहायता का निवेदन कर सकते हैं। रोगी या उनके प्रतिनिधियों को, चिकित्सकों या अन्य के पास रेफर करते हुए, Atlantic Health System के कर्मचारियों के द्वारा वित्तीय काउंसलरों के पास भेजा जा सकता है। वित्तीय काउंसलर, उपलब्ध वित्तीय सहायता प्रोग्रामों के लिए शर्तों को विस्तार से बताएंगे और निर्धारित करेंगे कि रोगी, वित्तीय सहायता प्रोग्राम के लिए पात्र है या नहीं। वित्तीय सहायता का निवेदन करने वाले रोगियों को वित्तीय सहायता के लिए Atlantic Health System का आवेदन (सर्टिफिकेशन पृष्ठों सहित) पूरा करना और वित्तीय सहायता के लिए विचार किए जाने हेतु आवेदन में निर्धारित सहायक दस्तावेज प्रदान करना जरूरी होगा। उन व्यक्तियों के लिए अर्थपूर्ण संचार करने हेतु, अनुवाद की गई सामग्रियों और दुभाषियों का प्रयोग किया जाएगा, जिनकी अंग्रेजी में सीमित दक्षता है।

K. अबीमाकृत रोगियों के पास, वित्तीय सहायता के लिए पूरा किया आवेदन प्रस्तुत करने के लिए पहली पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट के बाद 365 दिन तक का समय होता है। बीमाकृत या अंडरइंश्योर्ड रोगियों के पास, वित्तीय सहायता के लिए पूरा किया आवेदन प्रस्तुत करने के लिए, किसी बीमाकर्ता के द्वारा प्रक्रिया दर्शाने वाली पहली पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट के बाद से 365 दिन तक का समय होता है।

IV. **वित्तीय सहायता प्रोग्राम:**

Atlantic Health System के रोगी, नीचे वर्णित भिन्न प्रोग्रामों के अंतर्गत निशुल्क या छूट वाली देखभाल के लिए योग्य हो सकते हैं। प्रत्येक केस में, Atlantic Health System के लिए यह माना जाएगा कि वह, प्रदान की गई सेवाओं के लिए संपूर्ण शुल्क, रोगी या रोगी के बीमाकर्ता (यदि कोई है) के द्वारा भुगतान की गई कुल राशि और उन सेवाओं के लिए कोई भी सरकारी अदायगी या भुगतान के बराबर राशि में वित्तीय सहायता प्रदान करेगा। Atlantic Health System, उन कुल राशियों की रिपोर्ट (उन मामलों में लागत-से-शुल्क के अनुपात के इस्तेमाल के अधीन, जहां वित्तीय सहायता शुल्कों की बजाय लागतों के आधार पर सही ढंग से रिपोर्ट की जाती है), संगठन के द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता के तौर पर करेगा।

A. New Jersey State के प्रोग्राम:

1. चैरिटी केयर (Charity Care):

यह प्रोग्राम चिकित्सीय रूप से जरूरी उन सेवाओं के लिए केवल तीव्र देखभाल के अस्पताल शुल्कों को कवर करता है, जो स्टेट के Medicaid प्रोग्राम के अंतर्गत कवर की जातीं, यदि रोगी Medicaid के लिए पात्र होता। वित्तीय काउंसलिंग कार्यालय, पूरा किया आरंभिक आवेदन प्राप्त होने के दिन से दस (10) कार्यदिवसों के अंदर यह निर्धारित करेगा कि आवेदक पात्र है या नहीं। यदि आवेदन अधूरा हो (जैसे आय/संपत्ति का प्रमाण प्रदान न किया हो या अपर्याप्त हो), तो लिखित अस्वीकृति जारी की जाएगी, जो मंज़ूरी प्राप्त करने के लिए जरूरी अतिरिक्त दस्तावेज का विवरण प्रदान करेगा। अबीमाकृत आवेदक के पास, आवश्यक दस्तावेज के साथ चैरिटी केयर के लिए दुबारा आवेदन करने के लिए पहली पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट की तिथि से लेकर 365 दिन तक का समय होता है। बीमाकृत या अंडरइंश्योर्ड आवेदक के पास, आवश्यक दस्तावेज के साथ चैरिटी केयर के लिए दुबारा आवेदन करने के लिए बीमाकर्ता के द्वारा प्रक्रिया दर्शाने वाली पहली पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट की तिथि से लेकर 365 दिन तक का समय होता है। चैरिटी केयर के लिए पात्र रोगी **निशुल्क देखभाल या परिशिष्ट C में निर्धारित निर्देशों के मुताबिक, संपूर्ण शुल्कों में छूट प्राप्त करेगा।**

जो आवेदक अपात्र हैं, वे भविष्य में तब दुबारा आवेदन कर सकते हैं, जब वे सेवाओं के लिए आते हैं और उनकी वित्तीय परिस्थितियां बदल गई हों।

चैरिटी केयर एक स्टेट प्रोग्राम है, जो New Jersey के उन निवासियों के लिए उपलब्ध है, जो:

a. जिनके पास स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं है या ऐसी कवरेज है, जो केवल आंशिक बिल का भुगतान करती है,

b. कोई भी निजी या सरकार द्वारा प्रायोजित कवरेज के लिए पात्र है (जैसे सोशल सिक्योरिटी (रिटायर्ड और विकलांगता); Medicaid के साथ होने वाली सप्लिमेंटल सोशल सिक्योरिटी इनकम (SSI); या Medicaid) और

c. स्टेट द्वारा निर्धारित आय और संपत्ति, दोनों पात्रता मापदंड पूरा करते हों।

चैरिटी केयर के लिए पात्र होने हेतु आवश्यक अतिरिक्त मापदंड:

a. चैरिटी केयर प्रोग्राम के लिए रोगियों की स्क्रीनिंग की जाएगी, जो कवर करता है (i) फेडरल गरीबी स्तर के 200% से कम या इसके बराबर पारिवारिक संपूर्ण आय वाले रोगियों के लिए 100% शुल्क; और (ii) **परिशिष्ट C** में निर्धारित निर्देशों के मुताबिक फेडरल गरीबी स्तर के 200% से अधिक परंतु 300% से कम या इसके बराबर पारिवारिक संपूर्ण आय वाले रोगियों के लिए शुल्कों का एक हिस्सा।

b. चैरिटी केयर की पात्रता सीमाएं $7,500 की व्यक्ति संपत्ति सीमा और $15,000 की पारिवारिक संपत्ति सीमा तक हैं। इस सेक्शन के उद्देश्यों के लिए, जिन पारिवारिक सदस्यों की संपत्तियों पर विचार किया जाना आवश्यक है, उन्हें निम्न प्रकार से N.J.A.C 10:52-11.8(a) में परिभाषित किया गया है। वयस्क आवेदक के लिए परिवार के सदस्यों की संख्या में शामिल हैं, आवेदक, जीवनसाथी, कोई नाबालिग बच्चे, जिनका वह भरण-पोषण करता या करती है और वयस्क, जिनकी कानूनी जिम्मेदारी आवेदक की है। नाबालिग आवेदक के लिए परिवार के सदस्यों में शामिल हैं, माता और पिता दोनों, माता या पिता का जीवनसाथी, नाबालिग भाई-बहन और परिवार में कोई भी वयस्क, जिनकी कानूनी जिम्मेदारी आवेदक के

माता या पिता (माता-पिता) की है। यदि आवेदक लिखित प्रमाण देता या देती है कि उसे जीवनसाथी या माता या पिता ने छोड़ दिया है , तो उस जीवनसाथी या माता या पिता को पारिवारिक सदस्य के रूप में शामिल नहीं किया जाता। गर्भवती महिला को दो पारिवारिक सदस्यों के रूप में गिना जाएगा।

अस्पताल सर्विसिज मेन्युल, N.J.A.C. 10:52 et seq. के चैरिटी केयर सेक्शन के मुताबिक आवश्यक दस्तावेजों में शामिल हैं:

a. रोगी और परिवार की पहचान के सही दस्तावेज। इसमें निम्नलिखित में से कोई भी शामिल हो सकते हैं: ड्राइविंग लाइसेंस, सोशल सिक्योरिटी कार्ड, एलियन रजिस्ट्री कार्ड, जन्म प्रमाणपत्र, पेचेक स्टब, पासपोर्ट, वीजा इत्यादि.

b. सेवा की तिथि तक New Jersey का निवासी होने का प्रमाण (नोट: निश्चित परिस्थितियों के अंतर्गत, आपातकालीन देखभाल निवास संबंधी शर्त के लिए छूट होती है)। इसमें निम्नलिखित में से कोई भी शामिल हो सकते हैं: ड्राइविंग लाइसेंस, वोटर रजिस्ट्रेशन कार्ड, यूनियन मेम्बरशिप कार्ड, बीमा या वेलफेयर प्लान पहचान कार्ड, विद्यार्थी पहचान कार्ड, यूटिलिटी बिल, फेडरल इनकम टैक्स रिटर्न, स्टेट इनकम टैक्स रिटर्न या बेरोजगार लाभ स्टेटमेंट।

c. संपूर्ण आय का प्रमाण। इसमें रोगी की संपूर्ण आय निर्धारित करने के लिए अस्पताल द्वारा आवश्यक विवरण शामिल होना चाहिए (निम्नलिखित में से एक):

   i. सेवाओं से पहले 12 महीनों के लिए वास्तविक संपूर्ण आय।
   ii. सेवाओं से पहले 3 महीनों के लिए वास्तविक संपूर्ण आय।
   iii. सेवाओं से पहले के महीने के लिए वास्तविक संपूर्ण आय।

d. सेवा की तिथि तक संपत्तियों का प्रमाण। ये वो आइटमें हैं, जो तुरंत नकद में परिवर्तित होती हैं, जैसे स्टॉक्स, बॉन्डस, IRA, CD, चालू और बचत खाते या गैर-प्राइमरी रेजिडेंस में इक्विटी।

2. **N.J.S.A. 26:2H-12.52** के अंतर्गत छूट वाली देखभाल के लिए पात्रता:

अबीमाकृत रोगी, जो New Jersey के निवासी हैं और जिनकी पारिवारिक संपूर्ण आय, फेडरल गरीबी स्तर के 500% से कम है, वे FAP के सेक्शन IV.C. के मुताबिक छूट वाली देखभाल पाने के पात्र हैं। चैरिटी केयर के लिए लागू और ऊपर सेक्शन A.1. में निर्धारित दस्तावेज संबंधी शर्तें इस सेक्शन के अंतर्गत पात्रता निर्धारणों पर लागू होती हैं, सिवाय इसके कि व्यक्ति और परिवार की संपत्ति सीमाएं, इस सेक्शन के अंतर्गत छूट वाली देखभाल के लिए पात्र होने हेतु लागू नहीं होंगी।

3. **Catastrophic Illness in Children Relief Fund प्रोग्राम:**

New Jersey स्टेट का Catastrophic Illness in Children Relief Fund प्रोग्राम, आपाती बीमारी से पीड़ित बच्चों के परिवारों को वित्तीय सहायता प्रदान करता है। पात्रता, पात्र व्ययों और सहायता के लिए आवेदन करने के बारे में जानकारी, http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/ पर प्राप्त की जा सकती है।

4. **New Jersey Victims of Crime Compensation Office:**
New Jersey स्टेट ने अपराध पीड़ितों को निश्चित आपराधिक गतिविधियों के परिणामस्वरूप होने वाले नुकसानों और व्ययों का मुआवजा देने के लिए, New Jersey Victims of Crime Compensation Office स्थापित किया

है। पात्रता, पात्र व्ययों और सहायता के लिए आवेदन करने के बारे में जानकारी, http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.htmlपर प्राप्त की जा सकती है।

B. **स्व-भुगतान:**

1. **New Jersey के निवासी**

उन अबीमाकृत रोगियों से निम्न रूप से शुल्क लिया जाएगा, जो चैरिटी केयर या किसी अन्य प्रकार के फेडरल या स्टेट द्वारा वित्तपोषित वित्तीय सहायता प्रोग्रामों के लिए योग्य नहीं हैं:

i. भर्ती रोगी: चिकित्सीय रूप से जरूरी भर्तीरोगी इलाज प्राप्त करने वाले रोगियों से, उपयुक्त Medicare DRG रेट और प्राप्त की जाने वाली सेवा के लिए 15% शुल्क लिया जाएगा।

ii. बाहरी रोगी: Atlantic Health System में बाहरी रोगी सेवाएं प्राप्त करने वाले रोगियों से उपयुक्त Medicare रेट का 115% शुल्क लिया जाएगा।

2. **स्टेट के बाहर के और विदेशी रोगी**

a. भर्ती रोगी: चिकित्सीय रूप से जरूरी भर्तीरोगी इलाज प्राप्त करने वाले रोगियों से, उपयुक्त Medicare DRG रेट और प्राप्त की जाने वाली सेवा के लिए 25% शुल्क लिया जाएगा।

b. बाहरी रोगी: Atlantic Health System में बाहरी रोगी सेवाएं प्राप्त करने वाले रोगियों से उपयुक्त Medicare रेट का 115% शुल्क लिया जाएगा।

C. **आमतौर पर बिल की जाने वाली राशियां**

अबीमाकृत रोगी, जो फेडरल गरीबी स्तर के 500% से कम पारिवारिक संपूर्ण आय वाले New Jersey के निवासी हैं, जो फेडरल या स्टेट द्वारा वित्तपोषित वित्तय सहायता प्रोग्रामों (चैरिटी केयर को छोड़कर) के लिए पात्र नहीं हैं, उन्हें सेक्शन IV के मुताबिक उनके खाते पर लागू होने वाली छूट मिलेगी। वित्तीय सहायता के लिए आवेदन प्रस्तुत करने और यह निर्धारण होने पर कि रोगी इस सेक्शन के अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है, उनसे AGB से कम या उपयुक्त Medicare रेट प्लस 15% शुल्क लिया जाएगा।

Atlantic Health System ने प्रत्येक संबंधित अस्पताल फैसिलिटी के लिए लुक-बैक (Look-Back) विधि का प्रयोग करने का चयन किया है। AGB प्रतिशत (अस्पताल फैसिलिटी के मुताबिक) हैं:

Morristown Medical Center: 23.97%
Overlook Medical Center: 26.50%
Chilton Medical Center: 19.32%
Newton Medical Center: 12.60%
Hackettstown Medical Center 19.07%
CentraState Medical Center: 26.70%

इंटरनल रेवेन्यु कोड के (Internal Revenue Code) सेक्शन 501(r) के मुताबिक, प्रत्येक अस्पताल ने अपने संबंधित AGB प्रतिशत की गणना करने के लिए लुक-बैक विधि का इस्तेमाल किया है। AGB प्रतिशत की गणना, इन दावों से जुड़े संपूर्ण शुल्कों से विभाजित 12-महीने की अवधि तक अनुमति दिए गए सभी दावों के आधार पर की गई थी। सभी अस्पताल फैसिलिटीज के लिए निम्नलिखित पेयर मिक्स का चयन किया गया था: Medicare सेवा के लिए फीस + सभी निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ता।

AGB प्रतिशत को कैलेंडर साल के अंत में एक सौ बीस (120) दिनों के अंदर वार्षिक तौर पर अपडेट किया जाएगा। यदि गणना किए गए AGB प्रतिशत के परिणामस्वरूप राशि उससे **कम** आती है, जो रोगी के लिए देय होती है, तो रोगी की जिम्मेदारी केवल AGB के अंतर्गत गणना की गई राशि की होगी।

यदि गणना किए गए AGB प्रतिशत के परिणामस्वरूप राशि उससे **अधिक** आती है, जो रोगी के लिए देय होती है, तो रोगी की जिम्मेदारी, ऊपर वर्णित वित्तीय सहायता प्रोग्रामों के अंतर्गत गणना की गई राशि की होगी।

V. बिलिंग और उगाही पॉलिसी

यह सेक्शन, Atlantic Health System की बिलिंग और उगाही नीतियां और प्रक्रियाएं निर्धारित करता है और उन कार्रवाईयों को स्पष्ट करता है, जो तब की जा सकती हैं, यदि वित्तीय सहायता छूटें लागू होने के बाद बकाया राशि के लिए बिल सहित, चिकित्सीय देखभाल के लिए बिल का भुगतान न किया गया हो। Atlantic Health System की ओर से काम करने वाली उगाही एजेंसियों और अटार्नीज को इस FAP की प्रति प्रदान की जाएगी।

प्रत्येक बिलिंग स्टेटमेंट में, विशेष अस्पताल फैसिलिटी के वित्तीय काउंसिलंग कार्यालय के लिए टेलिफोन नंबर के साथ वित्तीय सहायता उपलब्धता के संबंध में स्पष्ट नोटिस शामिल होगा, जहां रोगी FAP के बारे में जानकारी और वित्तीय सहायता आवेदन प्रक्रिया में सहायता प्राप्त कर सकता है। बिलिंग स्टेटमेंट में वेबसाइट का पता भी शामिल होगा, जहां FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन और PLS की प्रतिया प्राप्त की जा सकती हैं।

A. सूचना की अवधि: जैसे ही रोगी बकाया की पुष्टि होगी, Atlantic Health System, रोगियों को किसी भी बकाया राशि का बिल देगा। अबीमाकृत रोगियों के लिए, पहली पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट में 120-दिन की सूचना अवधि के शुरू में चिन्हित होगी, जिसमें रोगी के विरुद्ध कोई भी असाधारण उगाही कार्रवाईयां ("ECA") (नीचे परिभाषित किया गया है) शुरू की जा सकती हैं। बीमाकृत या अंडरइंश्योर्ड रोगियों के लिए, बीमाकर्ता के द्वारा प्रक्रिया दर्शाने वाली पहली पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट में 120-दिन की सूचना अवधि के शुरू में चिन्हित होगी, जिसमें रोगी के विरुद्ध कोई भी असाधारण उगाही कार्रवाईयां ("ECA") (नीचे परिभाषित किया गया है) शुरू की जा सकती हैं ("120-दिन की सूचना अवधि")।

B. जब रोगी का भुगतान बकाया हो, तो यह निर्धारित करने के लिए कि वित्तीय सहायता या नए या संशोधित भुगतान प्लान की आवश्यकता है, बिलिंग स्टेटमेंट पर चर्चा करने की पेशकश देते हुए रोगी को एक नोटिस भेजा जाएगा। Atlantic Health System, निवेदन करने वाले रोगियों के लिए सहायता दे सकता है और भुगतान प्लान निर्धारित कर सकता है।

C. जब 120-दिन की सूचना अवधि के अंत में भुगतान प्राप्त नहीं होता और रोगी ने वित्तीय सहायता के लिए आवेदन नहीं किया हो या वैकल्पिक भुगतान प्लान के लिए, अस्पताल फैसिलिटी के वित्तीय काउंसलिंग कार्यालय या अस्पताल फैसिलिटी के ग्राहक सेवा कार्यालय के साथ बातचीत तय न की हो, तो रोगी का खाता उगाही एजेंसी को भेज दिया जाएगा। Atlantic Health System, लिखित में रोगी को सूचित करेगा कि यदि 10 दिनों ("फाइनल नोटिस") के अंदर भुगतान प्राप्त नहीं होता है तो रोगी का खाता उगाही एजेंसी को भेज दिया जाएगा। फाइनल नोटिस रोगी को सूचित करेगा कि पात्र रोगियों के लिए वित्तीय सहायता उपलब्ध है और विशेष अस्पताल फैसिलिटी के वित्तीय काउंसिलंग कार्यालय के लिए टेलिफोन नंबर शामिल करेगा, जहां रोगी FAP के बारे में जानकारी और वित्तीय सहायता आवेदन प्रक्रिया में सहायता प्राप्त कर सकता है।

बिलिंग स्टेटमेंट में वेबसाइट का पता भी शामिल होगा, जहां FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन और PLS की प्रतिया प्राप्त की जा सकती हैं।

D. Atlantic Health System, 120-दिन की सूचना अवधि के बाद Atlantic Health System की ओर से काम करने वाली उगाही एजेंसियों ("तृतीय पक्ष") और अटॉर्नीज को बकाया रोगी खातों पर ECA शुरू करने का अधिकार देगा। तृतीय पक्ष को खाता भेजने के बाद, तृतीय पक्ष पुष्टि करेगा कि यह निर्धारित करने के लिए उचित प्रयास किए गए हैं कि पात्र, FAP के अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है या नहीं और यह कि ECA शुरू करने से पहले निम्नलिखित कार्रवाईयां की गई हैं:
   1. रोगी को लिखित नोटिस प्रदान किया गया है ("30-दिन का पत्र"), जो: (a) बताता है कि पात्र रोगियों के लिए वित्तीय सहायता उपलब्ध है; (b) उन ECA(s) की पहचान करता है, जो तृतीय पक्ष, देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने हेतु शुरू करना नियत करता है; और (c) वह अंतिम तिथि बताता है, जिसके बाद वे ECA शुरू की जा सकती हैं (जो अंतिम तिथि उस तारीख के बाद 30 दिन से पहले नहीं होती, जब नोटिस प्रदान किया जाता है);
   2. 30-दिन के पत्र में FAP की स्पष्ट भाषा में सार की प्रति शामिल होती है; और

   3. Atlantic Health System और/अथवा तृतीय पक्ष ने FAP के बारे में मौखिक रूप से रोगी को बताने के उचित प्रयास किए हैं और यह कि रोगी, वित्तीय सहायता आवेदन प्रक्रिया में सहायता कैसे प्राप्त कर सकता है।

E. जब यह पुष्टि हो जाती है कि यह निर्धारित करने के लिए उचित प्रयास किए गए हैं कि रोगी, FAPके अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है या नहीं, तृतीय पक्ष देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने हेतु रोगी के विरुद्ध निम्नलिखित ECA शुरू कर सकता है:

   1. वे कार्रवाईयां, जिनके लिए कानूनी या न्यायिक प्रक्रिया की जरूरत होती है, जिनमें शामिल हैं, लेकिन उन तक सीमित नहीं हैं:

      a. रोगी की जायदाद को कब्जे में लेना, सिवाय उसके, जो I.R.C. सेक्शन 501(r) में प्रदान किया गया है;
      b. रोगी के विरुद्ध मुकदमा शुरू करना;

      कार्रवाईयां केवल तभी की जा सकती हैं, यदि कुल बकाया राशि $800 या अधिक हो।

   2. ECA में न ही निजी चोट के निर्णयों, निपटारों, समझौतों और न ही दिवालिएपन में दर्ज किए गए दावों से प्राप्त धन को कब्जे में लेना शामिल होता है।

F. यदि वित्तीय सहायता के लिए अधूरा आवेदन प्राप्त होता है, तो Atlantic Health System रोगी को लिखित नोटिस प्रदान करेगा, जो FAP-पात्रता निर्धारण करने के लिए अतिरिक्त जानकारी या जरूरी दस्तावेज का वर्णन करता है। Atlantic Health System, तृतीय पक्षों को सूचित करेगा कि वित्तीय सहायता के लिए अधूरा आवेदन प्रस्तुत किया गया था और तृतीय पक्ष, 30-दिन की अवधि के लिए, देखभाल हेतु भुगतान प्राप्त करने के लिए किसी भी ECA को स्थगित कर देगा।

G. यदि वित्तीय सहायता के लिए अधूरा आवेदन प्राप्त होता है, तो Atlantic Health System सुनिश्चित करेगा कि निम्नलिखित कार्रवाईयां की जाएंगी:

   1. रोगी के विरुद्ध ECA स्थगित की जाएंगी;
   2. समय पर पात्रता निर्धारण और उसका दस्तावेज तैयार किया जाएगा;
   3. Atlantic Health System, रोगी को निर्धारण और निर्धारण के आधारों के बारे में लिखित में सूचित करेगा;
   4. एक अपडेट की गई बिलिंग स्टेटमेंट प्रदान की जाएगी, जो बताएगी कि FAP-पात्र रोगी (यदि लागू हो) द्वारा देय राशि कितनी है, वह राशि कैसे निर्धारित की गई थी और लागू AGB प्रतिशत;

5. FAP-पात्र रोगी द्वारा देय राशि से अधिक भुगतान की गई कोई भी राशि रिफंड कर दी जाएगी (यदि लागू हो); और

6. तृतीय पक्ष, बकाया वसूल करने के लिए रोगियों के विरुद्ध की गई किसी भी ECA को पलटने के लिए सभी उचित उपलब्ध प्रयास करेंगे, जैसे किसी निर्णय को रद्द करना या उगाही या कब्जे ग्रहणाधिकार को हटाना।

H. यदि कोई भी अस्पताल फैसिलिटीज संभावित पात्रता निर्धारण करती हैं तो निम्नलिखित जरूरी है:

1. यदि रोगी को संभावित रूप से FAP के अंतर्गत उपलब्ध सबसे उदार सहायता से कम के लिए पात्र होना निर्धारित किया जाता है, तो Atlantic Health System यह करेगा:

    a. रोगी को संभावित FAP-पात्रता निर्धारण के आधार के संबंध में सूचित करेगा और विस्तार से बताएगा कि सबसे उदार सहायता के लिए कैसे आवेदन करना है।
    b. गणना की गई छूट वाली राशि प्राप्त करने के लिए ECA शुरू करने का अधिकार देने से पहले सबसे उदार सहायता के लिए, रोगी को आवेदन करने का उचित समय देगा।
    c. यदि वित्तीय सहायता के लिए पूरा किया आवेदन प्राप्त होता है तो रोगी की FAP-पात्रता स्थिति को पुनः निर्धारित करना।

<u>संदर्भ:</u>

Internal Revenue Service, 26 CFR Parts 1, 53, और 602, Additional Requirements for Charitable Hospitals; Community Health Needs Assessments for Charitable Hospitals; Requirement of a Section 4959 Excise Tax Return and Time for Filing the Return; Final Rule; N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52

सार की समीक्षा/मंज़ूरी: AHS Policy Oversight Committee (APOC) और AHS Board of Directors	
मूल तिथि: 11/08/2004	APOC मंज़ूरी तिथि: 04/01/2026
अंतिम संशोधन तिथि: 02/25/2026	AHS Board मंज़ूरी तिथि: 04/28/2026

परिशिष्ट A

प्रदाता सूची

Atlantic Health System, Inc. ("Atlantic Health System") वित्तीय सहायता पॉलिसी ("FAP"), Atlantic Health System अस्पताल या प्रदाता-आधारित बाहरी रोगी फैसिलिटी में प्रदान की जाने वाली आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य देखभाल पर लागू होगी, जिसका बिल Atlantic Health System की सहायक कंपनी AHS Hospital Corp. के द्वारा दिया जाएगा।

FAP, Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a Atlantic Medical Group ("AMG") के चिकित्सकों द्वारा Atlantic Health System अस्पताल में प्रदान की जाने वाली आपातकालीन या चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य भर्तीरोगी देखभाल पर भी लागू होगी। FAP, Atlantic Health System अस्पताल के बाहर प्रदान की जाने वाली देखभाल के लिए AMG चिकित्सकों द्वारा बिल की गई पेशेवर फीस पर लागू नहीं होगी।

अन्य प्रदाता, ATLANTIC HEALTH SYSTEM के अस्पतालों और बाहरी रोगी फैसिलिटीज में आपकी देखभाल में शामिल हो सकते हैं। यदि वे प्रदाता खास तौर पर ऊपर सूचीबद्ध नहीं हैं, तो वे ATLANTIC HEALTH SYSTEM की वित्तीय सहायता पॉलिसी का पालन नहीं करते। उन प्रदाताओं द्वारा आपको अलग से बिल दिया जाएगा और आपको उसके मुताबिक भुगतान की व्यवस्था करनी होगी।

प्रदाता सूची की तिमाही तौर पर समीक्षा की जाती है और यदि जरूरी हो तो उसे अपडेट किया जाता है। FAP या इस प्रदाता सूची के संबंध में सवालों में सहायता के लिए, कृपया Customer Service Department को 1-800-619-4024 पर फोन करें। पृष्ठ 12 का 11

परिशिष्ट B

FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन और PLS के अनुवाद, इस अंग्रेजी और निम्नलिखित भाषाओं में उपलब्ध हैं:

अरबी

अर्मेनियन

चीनी

फ्रेंच क्रिओल

यूनानी

गुजराती

हिंदी

इतालवी

जापानी

कोरियाई

पोलैंडी

पुर्तगाली

रूसी

सर्बो-क्रोशियन

स्पेनिश

टैगालोग

आय मापदंड
``चैरिटी केयर और कम की गई चैरिटी केयर पात्रता संबंधी मापदंड
प्रभावी: 15 मार्च, 2026

रोगी के लिए आय और संपत्ति, दोनों मापदंड पूरा करना आवश्यक है   या अधिक

आय मापदंड

रोगी के द्वारा भुगतान किए गए शुल्कों का प्रतिशत, जब
संपूर्ण वार्षिक आय निम्नलिखित रेंज के अंदर हो

	रोगी शुल्क के 0% का भुगतान करता है	**रोगी शुल्क के 20% का भुगतान करता है**	**रोगी शुल्क के 40% का भुगतान करता है**	**रोगी शुल्क के 60% का भुगतान करता है**	**रोगी शुल्क के 80% का भुगतान करता है**	**रोगी शुल्क के 100% का भुगतान करता है**
पारिवारिक सदस्यों की संख्या	**<=200%**	**>200<=225%**	**>225<=250%**	**>250<=275%**	**>275<=300%**	**>300%**
1	$31,920 या कम	$31, 921 से $35,910	$35,911 से $39,900	$39,901 से $43,890	$43,891 से $47,880	$47,881 या अधिक
2	$43,280 या कम	$43,281 से $48,690	$48,691 से $54,100	$54,101 से $59,510	$59,511 से $64,920	$64,921 या अधिक
3	$54,640 या कम	$54,641 से $61,470	$61,471 से $68,300	$68,301 से $75,130	$75,131 से $81,960	$81,961 या अधिक
4	$66,000 या कम	$66,001 से $74,250	$74,251 से $82,500	$82,501 से $90,750	$90,751 से $99,000	$99,001 या अधिक
5	$77,360 या कम	$77,361 से $87,030	$87,031 से $96,700	$96,701 से 106,370	$106,371 से $116,040	$116,041 या अधिक
6	$88,720 या कम	$88,721 से $99,810	$99,811 से $110,900	$110,901 से $121,990	$121,991 से $133,080	$133,081 या अधिक
7	$100,080 या कम	$100,081 से $112,590	$112,591 से $125,100	$125,101 से $137,610	$137,611 से $150,120	$150,121 या अधिक
8	$111,440 या कम	$111,441 से $125,370	$125,371 से $139,300	$139,301 से $153,230	$153,231 से $167,160	$167,161 या अधिक
8 से अधिक सदस्यों वाले परिवारों के लिए, प्रत्येक अतिरिक्त पारिवारिक सदस्य के लिए प्रत्येक कॉलम में सबसे अधिक राशि के लिए निम्नलिखित राशियां शामिल करें।						
	$11,360	$12,780	$14,200	$115,620	$17,040	
* गर्भवती महिला को दो पारिवारिक सदस्यों के रूप में गिना जाता है।						
यदि रोगी 20% से 80% स्लाइडिंग फीस स्केल पर हैं, तो उसकी जिम्मेदारी उनकी संपूर्ण वार्षिक आय के 30% से अधिक के योग्य आउट-ऑफ-पॉकेट भुगतान किए जाने वाले चिकित्सीय खर्चों की (उदाहरण के लिए अन्य पक्षों द्वारा भुगतान न किए) होगी, उसके बाद 30% से अधिक की राशि को अस्पताल भुगतान सहायता (चैरिटी केयर) माना जाता है।						

संपत्ति मापदंड

व्यक्तिगत संपत्तियां $7,500 से अधिक नहीं होनी चाहिएं और पारिवारिक संपत्तियां $15,000 से अधिक नहीं होनी चाहिएं।