

નાણાકીય સહાયતા નીતિ

AMITA HEALTH

ઉદ્દેશ્ય

AMITA Health સિસ્ટમ તરફથી નાણાકીય સહાયતા પૂરી પાડવાની જરૂરીયાતોને સ્પષ્ટ કરવી એ આ નીતિનો ઉદ્દેશ છે.

નીતિ

આ ફંડરની નીચે સંસ્થાની સૂચિબદ્ધ સંગઠનોની નીતિ છે (દરેક "સંસ્થા" છે) સંસ્થાની સામાજિક રીતે ન્યાય કરવાની ખાતરી કરવા માટે સુવિધાઓ પર કટોકટી અને અન્ય તબીબી જરૂરી સંભાળ પૂરી પાડવા માટે છે. આ નીતિ ખાસ એવા દર્દીઓની નાણાકીય સહાય યોગ્યતાનું સમાધાન કરવા માટે બનાવવામાં આવી છે જેમને નાણાકીય સહાયની જરૂર છે અને સંસ્થા પાસેથી જેઓ સંભાળ મેળવે છે.

આ નીતિ AMITA Health ની નીચેની દરેક સંસ્થાઓને લાગુ પડે છે:

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital

Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove

Holy Family Medical Center – Des Plaines

Mercy Medical Center - Aurora

Resurrection Medical Center

St. Francis Hospital - Evanston

Saint Joseph Hospital - Chicago

Saint Joseph Hospital - Elgin

Saint Joseph Medical Center - Joliet

Saints Mary and Elizabeth Medical Center

St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates

St. Mary's Hospital - Kankakee

કાર્યરત ચિકિત્સક પ્રેક્ટિસ

- તમામ નાણાકીય સહાય વ્યક્તિગત માન-પ્રતિષ્ઠા અને સામાન્ય સંતોષ માટેની અમારી પ્રતિબદ્ધતા અને આદરને પ્રતિબિંબિત કરે છે, ગરીબીમાં રહેતા લોકો અને અન્ય નિર્બળ વ્યક્તિઓ પ્રત્યે અમને ખાસ ચિંતા અને દ્રઢતા છે અને સતત ન્યાય આપવા અને સેવાઓના વિતરણ માટે અમારી પ્રતિબદ્ધતા છે.
- આ નીતિ રોજગાર ચિકિત્સક સેવાઓ અને વર્તન સ્વાસ્થ્ય સહિત, સંસ્થા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી તમામ કટોકટી અને અન્ય તબીબી આવશ્યક સંભાળને લાગુ પડે છે. આ નીતિ સંભાળ માટેના શુલ્ક પર લાગુ પડતી નથી જે કટોકટી નથી અને અન્ય તબીબી આવશ્યક સંભાળ નથી.
- નાણાકીય સહાયતા નીતિ દ્વારા આવરવામાં આવતા પ્રદાતાઓની સૂચિ, આ સંસ્થાની સુવિધાઓની અંદર કોઈપણ પ્રદાતા દ્વારા આપવામાં આવતી સંભાળની એક સૂચિ પૂરી પાડે છે જે સ્પષ્ટ કરે છે કે નાણાકીય સહાયતા નીતિ દ્વારા કઈ બાબતો આવરવામાં આવે છે અને કઈ નહીં.

વ્યાખ્યાઓ

નીતિ-વિશિષ્ટ વ્યાખ્યાઓ

- A. "501(r)" નો અર્થ છે ઇન્ટર્નલ રેવન્યુ કોડની કલમ 501(r) અને તેની હેઠળ સમાવી લેવામાં આવતા વિનિયમો.
- B. "અમાઉન્ટ જનરલી બિલ્ડ" અથવા "AGB" નો અર્થ, કટોકટી અને અન્ય જરૂરી તબીબી સારવારની જરૂરિયાતનું સંદર્ભમાં, સામાન્ય રીતે આવી સારવારનો વીમો ધરાવતા વ્યક્તિઓને ચુકવવામાં આવતી રકમ થાય છે.
- C. "સમુદાય" નો અર્થ છે ઇલિનોઇસ સ્ટેટ. આ નીતિના હેતુઓ માટે "સમુદાયમાં રહેવું", નો અર્થ ઇલિનોઇસ નિવાસી - ઇલિનોઇસમાં રહેતો અને અનિશ્ચિત સમય માટે ઇલિનોઇસમાં રહેવાનો ઇરાદો ધરાવતો વ્યક્તિ, પરંતુ આરોગ્ય લાભો પ્રાપ્ત કરવાના હેતુથી ઇલિનોઇસમાં સ્થળાંતર કરનાર કોઈ પણ વ્યક્તિને નહીં. દર્દી પણ સંસ્થાના સમુદાયનો સભ્ય માનવામાં આવશે, જો દર્દીને જરૂરી તાકીદની તબીબી આવશ્યકતા હોય અને તબીબી જરૂરી સંભાળ AMITA Health સુવિધામાં પ્રાપ્ત થાય, જ્યાં આવી કટોકટી અને તબીબી જરૂરી સંભાળ માટે દર્દીએ નાણાકીય સહાય માટે ક્વોલિફાય કર્યું હોય.
- D. "કટોકટી કેર" નો અર્થ છે પર્યાપ્ત તીવ્રતા (ગંભીર પીડા સહિત) ના તીવ્ર લક્ષણો દ્વારા જાતે પ્રગટ થતી તબીબી સ્થિતિની સારવાર માટે સંભાળ, જેમ કે તાત્કાલિક તબીબી સહાયની ગેરહાજરીથી શારીરિક કાર્યમાં ગંભીર ક્ષતિ થઈ શકે છે, કોઈપણ શરીરની ગંભીર નિષ્ક્રિયતા આવે છે, અંગ અથવા ભાગ, અથવા વ્યક્તિના સ્વાસ્થ્યને ગંભીર જોખમમાં મૂકવામાં આવે છે.
- E. "તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ" એટલે કે સંભાળ નો મતલબ થાય છે કે તે (1) યોગ્ય અને સુસંગત છે અને દર્દીની સ્થિતિની રોકથામ, નિદાન અથવા સારવાર માટે જરૂરી છે; (2) સુરક્ષિત રીતે પ્રદાન કરી શકાય એવો દર્દીની સ્થિતિ માટે સૌથી યોગ્ય પુરવઠો અથવા સેવાનું સ્તર; (3) દર્દી, દર્દીના પરિવાર, ચિકિત્સક અથવા રખેવાળ ની સુવિધા માટે મુખ્યત્વે પૂરા પાડવામાં આવેલ નથી; અને (4) નુકસાનને બદલે દર્દીને ફાયદો થવાની સંભાવના વધુ છે. ભવિષ્યમાં સુનિશ્ચિત સંભાળ રહે તે માટે "તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ", સંભાળ અને સંભાળનો સમય, સંસ્થા ના મુખ્ય તબીબી અધિકારી (અથવા નિયુક્ત) દ્વારા માન્ય હોવો આવશ્યક છે. દર્દીને તબીબી સંભાળ પૂરી પાડતા લાઇસન્સવાળા પ્રદાતા દ્વારા અને સંસ્થાની વિવેકબુદ્ધિ સાથે, દાખલ કરતા ડોક્ટર દ્વારા, સંદર્ભ આપતા ડોક્ટર અને/અથવા મુખ્ય તબીબી અધિકારી અથવા સમીક્ષા કરતા અન્ય ડોક્ટર (ભલામણ કરવામાં આવતી સંભાળના પ્રકારના આધારે) તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ નિર્ધારિત કરવામાં આવવી જોઈએ. આ નીતિ હેઠળ આવરી લેવામાં આવેલા દર્દી દ્વારા વિનંતી કરાયેલ સંભાળ તબીબી રીતે જરૂરી ન હોવાનું ફિઝિશિયન દ્વારા નિર્ધારિત કરવામાં આવે તેવી સ્થિતિમાં દાખલ કરતા કે ભલામણ કરતા ફિઝિશિયન દ્વારા તેની પુષ્ટિ કરવામાં આવે તે જરૂરી છે.
- F. "સંગઠન" નો અર્થ AMITA Health અને તે કંપનીઓ છે જે આ વિભાગના બીજા ભાગમાં ઉપર જણાવેલ આ નાણાકીય સહાય નીતિ દ્વારા આવરી લેવામાં આવી છે.
- G. "દર્દી" નો અર્થ એ છે કે જે વ્યક્તિઓ સંસ્થામાં કટોકટી અને અન્ય તબીબી જરૂરી સંભાળ મેળવે છે અને તે વ્યક્તિ જે દર્દીની સંભાળ માટે આર્થિક રીતે જવાબદાર છે.
- H. "અનુમાનિત સ્કોરિંગ" એટલે તૃતીય-પક્ષના સ્ત્રોતોનો ઉપયોગ, જેમાં સાર્વજનિક રેકોર્ડ્સ અથવા નાણાકીય સહાય માટે દર્દીની યોગ્યતાનું મૂલ્યાંકન કરવાના અન્ય ઉદ્દેશ્ય અને વાજબી સરોટ માધ્યમો શામેલ હોઈ શકે છે.
- I. "વીમા વિનાના દર્દી" નો અર્થ તે દર્દી છે જે આરોગ્ય વીમાની નીતિ હેઠળ આવરી લેતો નથી અને જાહેર અથવા ખાનગી આરોગ્ય વીમા, આરોગ્ય લાભ અથવા ઉચ્ચ કપાતયોગ્ય આરોગ્ય વીમા યોજનાઓ સહિતના અન્ય આરોગ્ય કવચ

જરૂરી કાર્યવાહી

A. આ વિભાગમાં વર્ણવવામાં આવેલ આર્થિક સહાયતા સમાજમાં રહેતા દર્દીઓ સુધી મર્યાદિત છે:

1. ફેડરલ ગરીબી સ્તરની આવક ("FPL") ની 250% કરતા ઓછી અથવા સમાન આવક ધરાવતા દર્દીઓ, વીમાદાતા દ્વારા ચૂકવણી બાદ, ચાર્જના ભાગ પર 100% છૂટ માટે પાત્ર રહેશે, જો કોઈ હોય તો, જો આવા દર્દીએ અનુમાનિત સ્કોરિંગને અનુલક્ષીને પાત્ર બનવાનું નક્કી કર્યું હોય (નીચે ફકરા 5 માં વર્ણવેલ) અથવા દર્દીના પ્રથમ સાવ બિલ પછી 240 મા દિવસે અથવા પછી નાણાકીય સહાય અરજી ("અરજી") સબમિટ કરે છે અને સંસ્થા દ્વારા અરજીને મંજૂરી આપવામાં આવે છે. દર્દી દર્દીના પ્રથમ સાવ બિલ પછી 240 મા દિવસ પછી અરજી રજૂ કરે તો દર્દી 100% સુધીની આર્થિક સહાય માટે પાત્ર બનશે, પરંતુ તે પછી આ વર્ગમાં દર્દીને ઉપલબ્ધ નાણાકીય સહાયની રકમ દર્દીના ખાતા પર કરેલી કોઈપણ રકમ ચૂકવેલ હિસાબ મા લઈ દર્દીના ચૂકવેલા બાકી રકમ લીધા પછી મર્યાદિત છે. આ વર્ગની આર્થિક સહાય માટે પાત્ર દર્દીને ગણતરી કરેલ AGB ચાર્જ કરતાં વધુ લેવામાં આવશે નહીં.
2. આ નાણાકીય સહાય નીતિની અન્ય જોગવાઈઓને આધીન, FPL ના 250% થી વધુની આવકવાળા વીમા વિનાના દર્દીઓ, પરંતુ FPL ના 600% કરતાં વધુ નહીં, પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ માટેના ચાર્જના તે ભાગ પર સ્લાઈડિંગ સ્કેલ છૂટ પ્રાપ્ત થશે. વીમા ધરાવતા અને FPL 250% થી વધુની આવકવાળા, પરંતુ FPL 400% કરતાં વધુ આવક ધરાવતા દર્દીઓને સેવાઓ માટેના ચાર્જના તે ભાગ પર સ્લાઈડિંગ સ્કેલ છૂટ મળશે જે વીમા યોજનાના સ્પષ્ટતાના લાભો અનુસાર, દર્દીઓ જવાબદાર છે. દર્દીના પ્રથમ સાવ બિલ પછી 240 મા દિવસ પહેલાં અથવા પેશન્ટ દ્વારા અરજી રજૂ કર્યા પછી અને આ સંસ્થા દ્વારા અરજી ને મંજૂરી આપવામાં આવે છે તે પછી આ પ્રકારની છૂટ લાગુ થશે. દર્દી સ્લાઈડિંગ સ્કેલ છૂટ આર્થિક સહાય માટે પાત્ર બનશે જો દર્દી દર્દીના પ્રથમ સાવ બિલ 240 દિવસ પછી અરજી રજૂ કરે છે, પરંતુ તે પછી આ વર્ગ દર્દીને ઉપલબ્ધ નાણાકીય સહાયની રકમ દર્દીના ખાતા પર કરેલી કોઈપણ ચૂકવણીનો હિસાબ કરીને દર્દીના ચૂકવેલા બાકી રકમ સુધી મર્યાદિત છે. આ વર્ગની આર્થિક સહાય માટે પાત્ર દર્દીને ગણતરી કરેલ AGB ચાર્જ કરતાં વધુ લેવામાં આવશે નહીં.

ઘટતા સ્કેલનું ડિસ્કાઉન્ટ નીચે પ્રમાણે છે: (FPL - ફેડરલ પોવર્ટી લેવલ ઇન્કમ)

વીમા વગરના દર્દીઓ નો સ્લાઈડિંગ સ્કેલ	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

ઇન્શ્યોરન્ટ પેશન્ટ સ્લાઈડિંગ સ્કેલ	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. આ નાણાકીય સહાય નીતિની અન્ય જોગવાઈઓને આધીન, FPL 600% (વીમા વિના) અને 400% (વીમા કરાર માટે) થી વધુ આવક ધરાવતા દર્દી "સાધન પરીક્ષણ" હેઠળ નાણાકીય સહાય માટે પાત્ર હોઈ શકે છે. દર્દીના કુલ

તબીબી દેવાના આધારે સંગઠન તરફથી સેવાઓ માટેના શુલ્ક ઉપર દર્દીને થોડી છૂટ મળે. જો દર્દીને અતિશય તબીબી દેવું હોય, જેમાં AMITA Health અને અન્ય કોઈ આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાને, કટોકટી અને અન્ય તબીબી જરૂરી સંભાળ માટે, તબીબી દેવું શામેલ હોય છે, તો તે સાધન રીક્ષણને અનુરૂપ દર્દી આર્થિક સહાય માટે પાત્ર બનશે જે દર્દીના- ઘરની કુલ આવક કરતા બરાબર અથવા વધારે હોય. ઉપરોક્ત ફકરા 2 હેઠળ, FPL 600% (વીમા વીના) અને 400% (વીમો) ની આવકવાળા દર્દીને ઉપરોક્ત ફકરા 2 હેઠળની આર્થિક સહાયતાનું સ્તર તે જ છે, જો આવા દર્દી અરજી સબમિટ કરે અથવા દર્દીના પ્રથમ સાવ બિલ પછી 240 મા દિવસ પહેલાં અરજી ને સંસ્થા દ્વારા મંજૂરી આપવામાં આવે છે. જો દર્દી, દર્દીના પ્રથમ સાવ બિલ પછી 240 મા દિવસ પછી અરજી રજૂ કરે છે, તો પછી દર્દી પરીક્ષણની છૂટની આર્થિક સહાય માટે પાત્ર બનશે, પરંતુ તે પછી આ વર્ગ માં દર્દીને ઉપલબ્ધ નાણાકીય સહાયની રકમ દર્દીના ખાતા પરની કોઈપણ ચુકવણી ને ખાતામાં લીધા પછી માત્ર દર્દીના ચૂકવેલા બાકી રકમ સુધી મર્યાદિત છે. આ વર્ગની આર્થિક સહાય માટે પાત્ર દર્દીને ગણતરી કરેલ AGB ચાર્જ કરતાં વધુ લેવામાં આવશે નહીં. વધારામાં, વીમા વીના દર્દીઓ માટે કે જે ફકરા 2 માં આગળ પ્રમાણે સ્લાઈડિંગ-સ્કેલ છૂટ માટે લાયક છે, 12-મહિનાના સમયગાળા દરમિયાનના સંગ્રહને દર્દીની કુટુંબની આવકના 20% વધારા સાથે મર્યાદિત કરવામાં આવશે.

4. જો દર્દીને "સંપત્તિ કસોટી" પ્રમાણે ચૂકવણી કરવા માટે પૂરતી સંપત્તિ હોવાનું માનવામાં આવે છે, તો ઉપરના ફકરા 1 થી 3 માં વર્ણવેલ આર્થિક સહાય માટે દર્દી બની શકતો નથી. સંપત્તિ કસોટી માં એ FAP અરજીમાં અપેક્ષિત સંપત્તિઓની વર્ગોના આધારે દર્દીની ચુકવણી કરવાની ક્ષમતાનું મુખ્ય આકારણી શામેલ છે. એવા દર્દી જેની સંપત્તિ તેના FPLની આવકથી 600%થી વધારે હોય તે દર્દી નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્ર ના પણ ધરાવી શકે.
5. નાણાકીય સહાય માટેની પાત્રતા આવક ચક્રના કોઈપણ તબક્કે નક્કી કરી શકાય છે અને દર્દીના પ્રથમ સાવ બિલ પછી 100% દાનની સંભાળ માટે પાત્રતા નિર્ધારિત કરવા માટે પહેલા 240 દિવસની અંદર પર્યાપ્ત અવેતન સંતુલનવાળા દર્દી માટે અનુમાનિત સ્કોરિંગનો ઉપયોગ શામેલ હોઈ શકે છે તેમ છતાં દર્દીની નાણાકીય સહાય અરજી ("FAP અરજી") પૂર્ણ કરવામાં નિષ્ફળતા. ધારણાત્મક સ્કોરિંગના આધારે નિર્ધારિત કરવામાં આવેલ પાત્રતા ફક્ત જે સંભાળ માટે ધારણાત્મક સ્કોરિંગ કરવામાં આવ્યું હોય તેવી સંભાળને જ લાગુ પડે છે.

નીચેનામાંથી વધુ એક માપદંડ દર્શાવતા દર્દીઓ 100% દાનની સંભાળ માટે યોગ્ય માનવામાં આવશે: બેધર, કોઈ સંપદા વગર મૃત્યુ પામેલ વ્યક્તિ, દર્દી વતી કાર્ય કરવા માટે કોઈની સાથે માનસિક અસમર્થતા, Medicaid અપાત્રતા, પરંતુ સેવાની તારીખે નહીં અથવા નોન-કર્વર્ડ સેવા માટે, જુદી સ્થિતિમાં Medicaid નો પ્રવેશ, જ્યાં સંસ્થા ન હોય અને તેમાં ભાગ લેનાર પ્રદાતા બનવાનો હેતુ ન હોય, અને મેડિકેઇડ સહભાગિતા પરંતુ રોકાણ માટેની સમયમર્યાદાની અવધિ અનિશ્ચિત અથવા લાંબી હોય.

વધારાના ફરજિયાત કેટેગરીમાં નીચેના પ્રોગ્રામ્સમાં નીચે મુજબની નોંધણી શામેલ કરવામાં આવે છે: મહિલા, શિશુઓ અને બાળકો પોષણ કાર્યક્રમ (WIC); પૂરક પોષણ સહાય કાર્યક્રમ (SNAP); ઇલિનોઇસ ફ્રી લંચ અને બ્રેકફાસ્ટ પ્રોગ્રામ; નિમ્ન આવક ગૃહ ઊર્જા સહાય કાર્યક્રમ (LIHEAP); તબીબી સંભાળ કે જે એક માપદંડ તરીકે મર્યાદિત ઓછી આવકની નાણાકીય સ્થિતિને મૂલ્યાંકિત અને દસ્તાવેજિત કરે છે તેને પ્રવેશ આપતા સંગઠિત સમુદાય ને આધારિત કાર્યક્રમમાં નોંધણી; અને તબીબી સેવાઓ માટે અનુદાન સહાયની રસીદ.

6. દર્દી એવા કોઈ વીમા પ્લાન્સ લીધા હોય જે આ સંસ્થાને "આઉટ-ઓફ-નેટવર્ક" માનતા હોય તો, આ સંસ્થા નાણાકીય સહાયતામાં ઘટાડો કરી શકે છે અથવા મનાઈ કરી શકે છે, જે અન્યથા દર્દીના વીમાની માહિતીની સમીક્ષાના આધારે અને દર્દીના અન્ય તથ્યો અને સંજોગોના આધારે દર્દી માટે ઉપલબ્ધ હોય છે.
7. દર્દી નાણાકીય સહાયતા માટેની પાત્રતાની નામંજૂરી સામે નામંજૂરીની સૂચના પ્રાપ્ત થયાના ચૌદ (14) કેલેન્ડર દિવસ ની અંદર સંસ્થાને વધારાની માહિતી પ્રદાન કરીને અપીલ કરી શકે છે. આખરી નિર્ણય માટે બધી અપીલોની સંસ્થા દ્વારા સમીક્ષા કરવામાં આવશે. જો આખરી નિર્ણય આર્થિક સહાયતાના અગાઉના નકારની પુષ્ટિ કરે તો લેખિત અધિસૂચના દર્દીને મોકલવામાં આવશે. દર્દીઓ અને પરિવારો માટે નાણાકીય સહાય માટેની પાત્રતા અંગેના સંસ્થાના નિર્ણયો સામે અપીલ કરવાની પ્રક્રિયા નીચે મુજબ છે:

- જો લાગુ થતું હોય તો અપીલને શરૂઆતમાં દર્દીઓની નાણાકીય સેવાઓ દ્વારા સમીક્ષા અને પ્રશ્નોના અનુસરણ માટે મેળવવામાં આવશે.
 - ત્યારબાદ સમિતિ તમામ અપીલોની સમીક્ષા કરવા માસિક ધોરણે બેઠક કરશે. સમિતિના સભ્યપદમાં દર્દીની નાણાકીય સેવાઓ, મિશન એકત્રીકરણ, કેસ મેનેજમેન્ટ/સામાજિક સેવાઓ અને ફાઇનાન્સ/CFO ના પ્રતિનિધિત્વ શામેલ હોવા જોઈએ.
- સમીક્ષા માટેની માસિક સમિતિની બેઠક પહેલાં સમિતિના સભ્યોને અપીલનું વિતરણ કરવામાં આવશે.
- દરેક કેસની ચર્ચા કરવા માટે અને દર્દીએ પ્રદાન કરેલા વધારાના ઇનપુટને પ્રદાન કરવા માટે સમિતિની બેઠકમાં દર્દીની નાણાકીય સેવાઓના પ્રતિનિધિને હાજર રહેવું જરૂરી છે.
 - સમિતિ અરજદારની FAP એપ્લિકેશનની વધારાની માહિતી અને અપીલ પ્રક્રિયામાં અરજદારે કરેલા મુદ્દાઓ પર વિશેષ ધ્યાન આપીને સમીક્ષા કરશે.
 - સમિતિ અપીલને મંજૂર, નામંજૂર અથવા મુલતવી કરી શકે છે. જો અપીલની ચર્ચા દરમિયાન પૂછેલા પ્રશ્નોના આધારે વધારાની માહિતીની આવશ્યકતા હોય તો સમિતિ અપીલને મુલતવી રાખી શકે છે.
 - દર્દી નાણાકીય સેવાઓ દર્દી અથવા તેના કુટુંબના સભ્યો સાથે અપીલના પરિણામ અંગે લેખિતમાં વાતચીત કરશે.

B. આર્થિક સહાયતા માટે લાયક ન હોય એવા દર્દીઓ માટે અન્ય સહાયતા

ઉપર વર્ણવ્યા પ્રમાણે જે દર્દીઓ નાણાકીય સહાય માટે પાત્ર નથી કે તેઓ હજી પણ સંસ્થા દ્વારા આપવામાં આવતી અન્ય પ્રકારની સહાયતા માટે લાયક સાબિત થઈ શકે છે. સંપૂર્ણતાના હિતમાં, આ અન્ય પ્રકારની સહાય અહીં સૂચિબદ્ધ કરવામાં આવેલ છે, તેમ છતાં તે જરૂર-આધારિત નથી અને 501(r) ને આધિન હોવાનો હેતુ નથી પણ સંસ્થા દ્વારા સેવા આપતા સમુદાયની સુવિધા માટે અહીં શામેલ છે.

- વીમા આરક્ષણ રહિત દર્દીઓ કે જે નાણાકીય સહાય માટે યોગ્યતા ધરાવતા નથી તેમને સંસ્થાના સૌથી મહત્તમ ચૂકવણી કરનાર વ્યક્તિને પૂરા પાડવામાં આવતા ડિસ્કાઉન્ટના આધારે ડિસ્કાઉન્ટ પૂરું પાડવામાં આવશે. વોલ્યુમ અથવા કુલ દર્દીની આવક દ્વારા માપવામાં આવેલી સંસ્થાની વસ્તીના ઓછામાં ઓછા 3% ચૂકવણી કરનાર સૌથી વધુ ચૂકવણીકાર વ્યક્તિ હોવા જોઈએ. જો ચૂકવણી કરનાર એક વ્યક્તિ જથ્થાના આ લઘુત્તમ સ્તર માટે જવાબદાર ન બની શકે તો એકથી વધુ ચૂકવણીકારના કરારની સરેરાશ લેવી જોઈએ જેથી સરેરાશ કાઢવા માટે જેનો ઉપયોગ થાય છે તે ચૂકવણીની શરતો આપેલા વર્ષ માટે સંસ્થાના વ્યાપારના જથ્થાના ઓછામાં ઓછા 3% હિસ્સા માટે જવાબદાર હોય.
- વીમાનું આરક્ષણ ન ધરાવતા વ્યક્તિઓ અને વીમાનું આરક્ષણ ધરાવતા વ્યક્તિઓ દર્દીઓ કે જેઓ આર્થિક સહાય માટે પાત્ર નથી, તેમને તાત્કાલિક પગારની છૂટ મળી શકે છે. તાત્કાલિક સેવાના પૂર્વવર્તી ફકરામાં વર્ણવ્યા મુજબ વીમા આરક્ષણ રહિત રકમ ઉપરાંત પ્રોમ્પ્ટ પગારની છૂટ પણ આપવામાં આવી શકાય છે.

C. આર્થિક સહાયતા માટે લાયક દર્દીઓ માટે ચાર્જીસ અંગેની મર્યાદાઓ

1. નાણાકીય સહાયતા માટે પાત્રતા ધરાવતા દર્દીઓ પાસેથી વ્યક્તિગત રીતે આપાતકાલીન અને તબીબી રીતે જરૂરી અન્ય સંભાળ માટે AGB અને અન્ય બધી તબીબી સંભાળ માટેના કુલ ખર્ચાઓથી વધુ રકમ લેવામાં આવશે નહીં. એવી સંસ્થાઓ કે જે 501(r) અનુસાર, "લુક-બેક" પદ્ધતિનો ઉપયોગ કરીને એક અથવા વધુ AGB ટકાવારીઓની ગણતરી કરે છે અને Medicare ફી-ફોર-સર્વિસ અને તમામ ખાનગી આરોગ્ય વીમા કંપનીઓ કે જેઓ સંસ્થાને ક્લેમની ચુકવણી કરે છે.
2. AGBની ગણતરીનું વર્ણન અને ટકાવારીની એક નિ:શુલ્ક નકલ સંસ્થાની વેબસાઇટ પરથી, 888-693-2252 પર કોલ કરવા દ્વારા, amitafinancialassistance@amitahealth.org પર ઇમેઇલ મોકલવા દ્વારા અથવા અહીં લખી જણાવવા દ્વારા પ્રાપ્ત કરી શકાય છે:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. નાણાકીય સહાયતા અને અન્ય સહાય માટે અરજી કરવી

દર્દી અનુમાનિત સ્કોરિંગ યોગ્યતા દ્વારા કે આર્થિક સહાયતા માટે પૂર્ણ FAP અરજી આપીને લાયક થઈ શકે છે. FAP અરજી અને FAP અરજી સંબંધી સૂચનાઓ સંસ્થાની વેબસાઇટ પરથી અથવા 888-693-2252 પર કોલ કરવા દ્વારા, amitafinancialassistance@amitahealth.org પર ઇમેઇલ મોકલવા દ્વારા અથવા અહીં લખી જણાવવા દ્વારા પ્રાપ્ત કરી શકાય છે:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

સંસ્થાએ વીમો ઉતાર્યા વિનાના લોકોને Medicaid અથવા અન્ય જાહેર સહાય કાર્યક્રમો માટે એપ્લિકેશન કરવા માટે નાણાકીય સલાહકાર સાથે કામ કરવાની જરૂર પડશે, જેના માટે દર્દીને આર્થિક સહાય માટે પાત્રતા ઠરાવવા માટે સંભવિત રીતે લાયક માનવામાં આવે છે (સિવાય કે સંભવિત સ્કોરિંગ દ્વારા લાયક અને મંજૂર થયેલ). જો દર્દી FAP એપ્લિકેશન પર અથવા જો પ્રિમ્યુટિવ સ્કોરિંગ પાત્રતા પ્રક્રિયાના સંબંધમાં ખોટી માહિતી પ્રદાન કરે છે, તો દર્દીને નાણાકીય સહાય નકારી શકાય છે, જો દર્દી વીમા રકમ અથવા અધિકાર સોંપવાનો ઇનકાર કરે છે વીમા કંપની દ્વારા સીધી ચુકવણી કરવામાં આવે છે જે પૂરી પાડવામાં આવતી સંભાળ માટે ચુકવણી કરવાની ફરજ પડી શકે છે, અથવા જો દર્દી Medicaid અથવા અન્ય જાહેર સહાય કાર્યક્રમો માટે અરજી કરવા માટે નાણાકીય સલાહકાર સાથે કામ કરવાનો ઇનકાર કરે છે, જેના માટે દર્દી સંભવિત રીતે લાયક માનવામાં આવે છે નાણાકીય સહાય માટે લાયક બનવાનો ઓર્ડર (જ્યાં અનુમતિત્મક સ્કોરિંગ દ્વારા લાયક અને માન્યતા સિવાય). સંસ્થા દર્દીની સંભાળની વર્તમાન ઘટના માટેની પાત્રતા અંગે નિર્ણય લેવા માટે કોઈપણ પાત્રતા નિર્ધારણની તારીખ કરતાં છ(6) મહિના કરતા ઓછા સમય પહેલાં પૂર્ણ થયેલ FAP એપ્લિકેશનને ધ્યાનમાં લઈ શકે છે. સંસ્થા કોઈપણ પાત્રતા નિર્ધારિત તારીખ કરતાં છ મહિના પહેલાં પૂર્ણ થયેલ FAP એપ્લિકેશનને ધ્યાનમાં લેશે નહીં.

E. બિલિંગ અને વસૂલીઓ

ચૂકવણી કરવામાં ન આવે તેવા કિસ્સામાં સંસ્થા કરી શકે તેવી કાર્યવાહીઓનું વર્ણન અલગ બિલિંગ અને વસૂલાત નીતિમાં કરવામાં આવ્યું છે. બિલિંગ અને ઉધરાણીની નીતિની એક નિઃશુલ્ક નલકને સંસ્થાની વેબસાઇટ પરથી અથવા 888-693-2252 પર કોલ કરવા દ્વારા, amitafinancialassistance@amitahealth.org પર ઇમેઇલ મોકલવા દ્વારા અથવા અહીં લખી જણાવવા દ્વારા પ્રાપ્ત કરી શકાય છે:

AMITA Health PFS

Attention: Financial Assistance Department

1000 Remington Blvd., Suite 110

Bolingbrook, IL 60440

F. અર્થઘટન

આ પોલિસીનો હેતુ, તમામ લાગુ પડતી કાર્યવાહીઓ સાથે મળીને, જ્યાં સૂચવવામાં આવે છે તેના સિવાય દરેક રીતે આ પોલિસી નું પાલન કરવાનો છે અને તેનું અર્થઘટન કરવામાં આવશે અને 501(r) અનુસાર તેનું અર્થઘટન અને તેનો ઉલ્લેખ તેને લાગુ કરવામાં આવશે.

સંદર્ભો

- એસેન્શન એડમિનિસ્ટ્રેટિવ પોલિસી #600 - જરૂરી લોકો માટે નાણાકીય સહાય
- નાણાકીય સહાય અરજી ફોર્મ
- નાણાકીય સહાય પોલિસીનો સાદી ભાષામાં સારાંશ
- નાણાકીય સહાય પોલિસી હેઠળ આવરી લેવામાં આવેલ હોય અને આવરી લેવામાં ન આવ્યા હોય તેવા પ્રદાતાઓની યાદી
- સામાન્ય રીતે બીલ થયેલ રકમ