



# Atlantic Health System

## प्रशासनीय पॉलिसी

**विषय:** कम आय वाले, अभीमाकृत और अपर्याप्त बीमे वाले रोगियों के लिए वित्तीय सहायता

**प्रभावी तिथि:** 01/01/2021      **स्थानांतरित पॉलिसी तारीख:** 01/01/2020  
01/01/2019  
01/01/2018  
01/01/2017  
01/01/2016  
03/06/2015

## मुख्य जिम्मेदारी: निदेशक - रोगी वित्तीय सेवाएं

---

### I. उद्देश्य:

यह सुनिश्चित करना कि सभी रोगी भुगतान करने की उनकी क्षमता के बावजूद Atlantic Health System, Inc. की ("Atlantic Health System") अस्पताल फेसिलिटीज द्वारा प्रदान की जाने वाली आवश्यक आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्राप्त करते हैं। यह पॉलिसी किसी भी Atlantic Health System अस्पताल पर लागू होगी, इनमें शामिल हैं Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center, और Atlantic Rehabilitation Institute, और ऐसी कोई भी Atlantic Health System फेसिलिटी, जिसे 42 C.F.R. 413.65 के अनुसार प्रदाता के आधार पर नियत किया गया है।

### II. पॉलिसी:

यह सुनिश्चित करना Atlantic Health System की पॉलिसी है कि रोगी भुगतान करने की उनकी क्षमता के बावजूद इसकी अस्पताल फेसिलिटीज द्वारा प्रदान की जाने वाली आवश्यक आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्राप्त करते हैं। वित्तीय सहायता कम आय वाले, अभीमाकृत और अपर्याप्त बीमा वाले उन रोगियों के लिए विविध कार्यक्रमों द्वारा उपलब्ध है, जिनकी अन्य प्रकार से उनके पूरे अथवा आंशिक अस्पताल बिल का भुगतान करने की क्षमता नहीं है, जैसा कि नीचे सेक्शन IV में वर्णन किया गया है। यह पॉलिसी किसी भी Atlantic Health System

अस्पताल, जैसा कि ऊपर दिया गया है, और ऐसी किसी भी Atlantic Health System फेसिलिटी पर लागू होगी, जिसे 42 C.F.R. 413.65 पर संघीय विनियमों द्वारा नियंत्रित प्रदाता-आधारित स्थिति के अनुसार प्रदाता के आधार पर नियत किया गया है।

वित्तीय सहायता और रियायतें केवल आपातकालीन अथवा चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए उपलब्ध हैं। कुछ सेवाओं में शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं, चिकित्सक की फीस, एनेस्थीसियोलॉजी फीस, रेडियोलॉजी व्याख्या और बहिरोगी प्रिस्क्रिप्शन्स अस्पताल के खर्चों से अलग हैं और Atlantic Health System द्वारा वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं हो सकते। अस्पताल की फेसिलिटी में, फेसिलिटी द्वारा आपातकालीन अथवा चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य देखभाल प्रदान करने वाले सभी प्रदाताओं की सूची, अस्पताल की फेसिलिटी के खुद के प्रदाताओं के अलावा, जिसमें यह दिया गया है कि कौन-से प्रदाता इस वित्तीय सहायता पॉलिसी (“FAP”) द्वारा कवर हैं और कौन- नहीं हैं, इस FAP के परिशिष्ट पर प्राप्त की जा सकती है। प्रदाता सूची 2 की त्रैमासिक रूप से समीक्षा की जाएगी और आवश्यक होने पर अपडेट की जाएगी।

### III. सामान्य:

- A. Atlantic Health System न्यू जर्सी के उन सभी निवासियोंको, स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं, भर्ती रोगी व बहिरोगी, देगा, जिन्हें आपातकालीन अथवा चिकित्सीय रूप से जरूरी देखभाल की आवश्यकता है, चाहे रोगी की इन सेवाओं के लिए भुगतान करने की क्षमता न हो और चाहे ऐसे रोगी इस FAP के अनुसार वित्तीय सहायता के लिए योग्य हों या नहीं और चाहे किसी भी सीमा तक योग्य हों।
- B. Atlantic Health System ऐसी किसी भी कार्रवाईयों में शामिल नहीं होगा, जो व्यक्तियों को आपातकालीन चिकित्सीय देखभाल प्राप्त करने से निरुत्साहित करती हों, जैसे यह मांग करना कि आपातकालीन विभाग में रोगी इलाज प्राप्त करने से पहले भुगतान करें अथवा आपातकालीन अथवा अन्य भागों में पैसा एकत्र करने की गतिविधियों की अनुमति देना, जहां ऐसी गतिविधियां अभेदात्मक आधार पर आपातकालीन देखभाल के प्रावधान में दखल दे सकती हों।
- C. Atlantic Health System की FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र और आसान भाषा में सारांश (Plain Language Summary) (“PLS”) सब कुछ निम्न वेबसाइट पर ऑनलाइन उपलब्ध है: <http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. Atlantic Health System की FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र और PLS अंग्रेजी में तथा अंग्रेजी में सीमित कुशलता वाली आबादी, जिसमें प्रत्येक अस्पताल फेसिलिटी के मुख्य सेवा क्षेत्र द्वारा सेवा दिए जाने वाले समुदाय के 1,000 व्यक्ति अथवा 5% शामिल हैं, की मूल भाषा में उपलब्ध हैं। FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र और PLS के अनुवाद इस FAP के परिशिष्ट B में दी गई भाषा में उपलब्ध हैं। यह सुनिश्चित करने का हर संभव प्रयास किया

जाएगा कि FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र और PLS के बारे में उन रोगियों से स्पष्ट रूप से संचार किया जा सके, जिनकी मूल भाषा उपलब्ध अनुवादों में शामिल नहीं की गई है।

- E. FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र और PLS की मुद्रित प्रतियां डाक द्वारा निवेदन किए जाने पर, बिना शुल्क के उपलब्ध हैं, और नीचे सूचीबद्ध अस्पताल की सभी फेसिलिटीज के विभिन्न भागों में प्रदान की जाती हैं, जिनमें शामिल हैं भर्ती विभाग, आपातकालीन विभाग, और वित्तीय काउंसलिंग कार्यालय। वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र व्यक्तिगत रूप से, डाक द्वारा, फैंक्स द्वारा अथवा ई-मेल द्वारा प्रस्तुत किए जा सकते हैं।

वित्तीय काउंसलिंग कार्यालय (Financial Counseling Offices):

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, फोन # 973-971-8964

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial Counseling Office, फोन # 908-522-4689

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial Counseling Office, फोन # 973-831-5113

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial Counseling Office, फोन # 973-579-8407

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey 07840, Financial Counseling Office, फोन # 908-850-6902

Atlantic Rehabilitation Institute: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, फोन # 973-971-8964.

- F. यदि रोगियों को FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र और PLS की मुद्रित प्रतियां प्राप्त करने में सहायता की आवश्यकता है, अथवा यदि उन्हें किसी अन्य सहायता की आवश्यकता है, तो वे ग्राहक सेवा विभाग (Customer Service Department) को 1-800-619-4024 पर संपर्क कर सकते हैं अथवा ऊपर सूचीबद्ध वित्तीय काउंसलिंग कार्यालयों में जा सकते हैं अथवा उनसे संपर्क कर सकते हैं।
- G. साइन बोर्ड अथवा डिस्प्ले स्पष्ट रूप से अस्पताल के सार्वजनिक स्थानों पर पोस्ट किए जाएंगे, जिनमें शामिल हैं, भर्ती क्षेत्र, आपातकालीन विभाग, और वित्तीय काउंसलिंग कार्यालय, जो रोगियों कि वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में सूचित करते हैं।
- H. PLS प्रवेश प्रक्रिया के तहत सभी रोगियों को पेश किए जाएंगे।

- I. Atlantic Health System उन योग्य रोगियों को वित्तीय सहायता देने के लिए प्रतिबद्ध है, जिनकी आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से जरूरी अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के पूरा अथवा आंशिक भुगतान करने की क्षमता नहीं है। इस परोपकारी लक्ष्य को पूरा करने के लिए, Atlantic Health System व्यापक रूप से इस FAP, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र और PLS का उन समुदायों में प्रचार करेगा, जिन्हें यह स्थानीय समाजसेवा और गैर-लाभ एजेंसियों के साथ सहयोग द्वारा सेवा प्रदान करता है।
- J. रोगी अथवा उनके प्रतिनिधि दोनों वित्तीय सहायता के लिए निवेदन कर सकते हैं। रोगियों अथवा उनके प्रतिनिधियों को Atlantic Health System के कर्मचारियों, रेफर करने वाले चिकित्सकों अथवा अन्य द्वारा वित्तीय काउंसलरों के लिए रेफर किया जा सकता है। वित्तीय काउंसलर उपलब्ध वित्तीय सहायता कार्यक्रमों की शर्तों के बारे में विस्तार से बताएंगे और निर्धारित करेंगे कि रोगी उपलब्ध वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए पात्र है या नहीं। वित्तीय सहायता के लिए निवेदन करने वाले रोगियों को वित्तीय सहायता (प्रमाणन पृष्ठों सहित) के लिए Atlantic Health System का आवेदन पत्र भरने की और वित्तीय सहायता के लिए विचार किए जाने हेतु आवेदन पत्र में बताए गए सहायक दस्तावेज प्रदान करने की आवश्यकता होगी। आवश्यकता पड़ने पर, उन व्यक्तियों के साथ अर्थपूर्ण बातचीत करने के लिए अनुवाद की गई सामग्रियां और दुभाषियों का प्रयोग किया जाएगा, जिनकी सीमित अंग्रेजी कुशलता है।
- K. अबीमाकृत रोगियों के पास वित्तीय सहायता के लिए भरा गया आवेदन पत्र प्रस्तुत करने के लिए पहली पोस्ट-डिस्चार्ज (अस्पताल से छुट्टी के बाद) बिलिंग स्टेटमेंट के बाद 365 दिन का समय है। बीमाकृत अथवा अपर्याप्त बीमे वाले रोगियों के पास वित्तीय सहायता के लिए भरा गया आवेदन पत्र प्रस्तुत करने के लिए पहली पोस्ट-डिस्चार्ज (अस्पताल से छुट्टी के बाद) बिलिंग स्टेटमेंट, जो किसी बीमा कंपनी द्वारा प्रक्रिया करने को दर्शाती हो, से 365 दिन का समय है।

#### IV. वित्तीय सहायता कार्यक्रम:

Atlantic Health System के रोगी नीचे वर्णन किए गए भिन्न कार्यक्रमों के अंतर्गत निशुल्क अथवा छूट वाली देखभाल के लिए पात्र हो सकते हैं। प्रत्येक स्थिति में, Atlantic Health System के लिए प्रदान की गई सेवाओं के लिए कुल खर्चों के बराबर राशि में, रोगी अथवा रोगी की बीमा कंपनी (यदि कोई है) द्वारा भुगतान की गई कुल राशि और उन सेवाओं के लिए किसी भी सरकारी अदायगी अथवा भुगतान के बराबर राशि में वित्तीय सहायता प्रदान करना माना जाएगा। Atlantic Health System संगठन द्वारा प्रदान की जाने वाली वित्तीय सहायता के तौर पर उन कुल राशियों के बारे में सूचित करेगा (उन मामलों में अस्पताल के खर्चों और उनके द्वारा वसूल किए जाने वाली राशि के अनुपात के आवेदन के अधीन, जहां वित्तीय सहायता वसूल की जाने वाली राशि की बजाय खर्च के आधार पर उपयुक्त रूप से सूचित की जाती है)।

## A. न्यू जर्सी राज्य के कार्यक्रम:

### 1. चैरिटी केयर (Charity Care):

यह कार्यक्रम चिकित्सीय रूप से जरूरी उन सेवाओं के लिए केवल तीव्र देखभाल संबंधी अस्पताल के खर्चों को कवर करता है, जो राज्य के Medicaid कार्यक्रम के अंतर्गत कवर किए जाएंगे, यदि रोगी Medicaid के लिए पात्र था। वित्तीय काउंसलिंग कार्यालय भरा हुआ आरंभिक आवेदन पत्र प्राप्त होने के दिन से दस (10) कार्यदिवसों तक निर्धारित करेगा कि आवेदक पात्र है या नहीं। यदि आवेदन पत्र अधूरा है (जैसे निवेदन किया गया आय/संपत्ति प्रमाण प्रदान नहीं किया गया है अथवा अनुपयुक्त है), तो एक लिखित अस्वीकृति जारी की जाएगी, जो मंजूरी प्राप्त करने के लिए आवश्यक अतिरिक्त दस्तावेजों के विवरण प्रदान करेगी। अभीमाकृत आवेदक के पास आवश्यक दस्तावेजों के साथ चैरिटी केयर के लिए पुनः आवेदन करने के लिए पहली पोस्ट-डिस्चार्ज (अस्पताल से छुट्टी के बाद) बिलिंग स्टेटमेंट की तारीख से 365 का समय है। बीमाकृत अथवा अपर्याप्त बीमे वाले आवेदक के पास आवश्यक दस्तावेजों के साथ चैरिटी केयर के लिए पुनः आवेदन करने के लिए पहली पोस्ट-डिस्चार्ज (अस्पताल से छुट्टी के बाद) बिलिंग स्टेटमेंट, जो किसी बीमा कंपनी द्वारा प्रक्रिया करने को दर्शाती हो, से से 365 का समय है। चैरिटी केयर के लिए पात्र कोई रोगी **परिशिष्ट C** में दिए गए दिशानिर्देशों के अनुसार, निशुल्क देखभाल अथवा कुल खर्च में से छूट प्राप्त करेगा।

जो आवेदक अपात्र हैं, वे भविष्य की किसी तारीख को पुनः आवेदन कर सकते हैं, जब वे सेवाओं के लिए मौजूद हों और उनकी वित्तीय परिस्थितियां बदल गई हों।

चैरिटी केयर न्यू जर्सी के उन निवासियों के लिए उपलब्ध राज्य का एक कार्यक्रम है, जो:

- जिनके पास कोई स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं है अथवा ऐसी कवरेज है, जो केवल आंशिक बिल का भुगतान करता है,
- किसी भी निजी अथवा सरकार द्वारा प्रायोजित कवरेज के लिए अपात्र हैं (जैसे कि सोशल सिक्योरिटी (रिटायर और विकलांग व्यक्ति); Medicaid; अथवा Medicaid से जुड़ी सप्लीमेंटल सोशल सिक्योरिटी आय (SSI), और
- राज्य द्वारा स्थापित आय और संपत्ति दोनों के पात्रता मापदंड को पूरा करते हैं।

चैरिटी केयर हेतु पात्र होने के लिए आवश्यक अतिरिक्त मापदंड:

- चैरिटी केयर कार्यक्रम के लिए रोगियों की जांच की जाएगी, जो **परिशिष्ट C** में दिए गए दिशानिर्देशों के अनुसार (i) उन रोगियों के लिए अस्पताल के 100% शुल्कों को कवर करेगा, जिनके परिवार की कुल आय, संघीय गरीबी स्तर के 200% से कम

अथवा इसके बराबर है; और (ii) उन रोगियों के लिए आंशिक शुल्कों को कवर करेगा, जिनके परिवार की कुल आय, संघीय गरीबी स्तर के 200% से अधिक लेकिन 300% से कम अथवा इसके बराबर है।

- b. चैरिटी केयर के लिए पात्रता सीमाएं व्यक्तिगत संपत्ति सीमा \$7,500 तक और पारिवारिक संपत्ति सीमा \$15,000 तक है। इस सेक्शन के उद्देश्यों के लिए, जिन पारिवारिक सदस्यों की संपत्तियों पर विचार किया जाना आवश्यक है, उन्हें N.J.A.C. 10:52-11.8(a) में निम्न प्रकार से परिभाषित किया गया है। किसी वयस्क आवेदक के परिवार के सदस्यों की संख्या में शामिल हैं, आवेदक, उसका जीवनसाथी, कोई भी नाबालिग बच्चे, जिन्हें वह सहयोग देता है, और कोई भी वयस्क, जिनकी कानूनी रूप से जिम्मेदारी आवेदक पर है। नाबालिग आवेदक के परिवार के सदस्यों की संख्या में शामिल हैं, माता-पिता दोनों, माता अथवा पिता का जीवनसाथी, नाबालिग भाई-बहन और परिवार में कोई भी वे वयस्क, जिनकी कानूनी रूप से जिम्मेदारी आवेदक के अभिभावक(कों) पर है। यदि आवेदक लिखित प्रमाण देता है कि उस उसके जीवनसाथी अथवा अभिभावक द्वारा छोड़ दिया गया है, तो उस जीवनसाथी अथवा अभिभावक को परिवार के सदस्य के रूप में शामिल नहीं किया जाएगा। किसी गर्भवती महिला को परिवार के दो सदस्यों के रूप में गिना जाता है।

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

- a. रोगी और परिवार के पहचान के पूरे दस्तावेज। इसमें निम्न में से कोई भी शामिल हो सकते हैं: ड्राइविंग लाइसेंस, सोशल सिक्योरिटी कार्ड, अन्यदेशीय पंजीकरण कार्ड, जन्म का प्रमाण-पत्र, पेचेक स्टब, पासपोर्ट, वीज़ा आदि।
- b. सेवा की तारीख तक न्यू जर्सी रिहायश का प्रमाण (ध्यान दें: कुछ परिस्थितियों के अंतर्गत, आपातकालीन देखभाल में रिहायश शर्त से छूट है)। इसमें निम्न में से कोई भी शामिल हो सकते हैं: ड्राइविंग लाइसेंस, मतदाता पंजीकरण कार्ड, यूनियन मेम्बरशिप कार्ड, बीमा अथवा कल्याण योजना पहचान कार्ड, विद्यार्थी पहचान कार्ड, उपयोगिता (यूटिलिटी) बिल, संघीय आय कर विवरणी, राज्य आय कर विवरणी, अथवा बेरोजगारी लाभ स्टेटमेंट।
- c. कुल आय का प्रमाण। इसमें रोगी की कुल आय निर्धारित करने के लिए अस्पताल द्वारा आवश्यक विवरण शामिल होना चाहिए (निम्न में से एक):
- 12 माह पहले की सेवाओं के लिए वास्तविक कुल आय।
  - 3 माह पहले की सेवाओं के लिए वास्तविक कुल आय।

iii. अभी की पिछली सेवाओं के लिए वास्तविक कुल आय

d. सेवा की तारीख तक संपत्तियों का प्रमाण। ये वो आइटम हैं, जो नकद में तुरंत परिवर्तनीय हैं, जैसे कि स्टॉक्स, बॉन्ड्स, IRA, CD, चालू और बचत खाते अथवा गैर-प्राइमरी रिहयाश में इक्विटी।

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

अबीमाकृत रोगी, जो न्यू जर्सी के ऐसे निवासी हैं, जिनके परिवार की कुल आय संघीय गरीबी स्तर के 500% से कम है, वे FAP के सेक्शन IV.C. के अनुसार छूट वाली देखभाल प्राप्त करने के पात्र होंगे। दस्तावेज शर्तें चैरिटी केयर के लिए लागू करने योग्य हैं और ऊपर सेक्शन A.1. में बताई गई शर्तें इस सेक्शन के अंतर्गत पात्रता निर्धारणों के लिए लागू होती हैं, सिवाए इसके कि व्यक्तिगत और पारिवारिक संपत्ति सीमाएं इस सेक्शन के अंतर्गत छूट वाली देखभाल के लिए पात्रता पर लागू नहीं होंगी।

3. **बाल राहत फंड में आपाती बीमारी कार्यक्रम (Catastrophic Illness in Children Relief Fund Program):**

स्टेट ऑफ न्यू जर्सी का बाल राहत फंड में आपाती बीमारी कार्यक्रम आपाती बीमारी से पीड़ित बच्चों के परिवारों को वित्तीय सहायता प्रदान करता है। सहायता के लिए पात्रता, पात्र खर्चों और 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 (न्यू जर्सी विक्टिम्स ऑफ क्राइम कम्पनसेशन ऑफिस):**

स्टेट ऑफ न्यू जर्सी ने अपराध के शिकार लोगों को क्षति और खर्चों, जिनमें शामिल हैं, कुछ आपराधित कृत्यों के परिणामस्वरूप होने वाले कुछ चिकित्सीय खर्चों, के लिए मुआवजा देने के लिए New Jersey Victims of Crime Compensation Office (न्यू जर्सी विक्टिम्स ऑफ क्राइम कम्पनसेशन ऑफिस) स्थापित किया है। सहायता के लिए पात्रता, पात्र खर्चों और आवेदन करने के बारे में जानकारी <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html> पर प्राप्त की जा सकती है।

**B. स्व-भुगतान:**

1. **न्यू जर्सी के निवासी**

अबीमाकृत रोगी, जो चैरिटी केयर अथवा किसी अन्य प्रकार की संघ अथवा राज्य द्वारा वित्तपोषित वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं हैं, उनसे निम्न प्रकार से शुल्क लिया जाएगा:

- i. भर्तीरोगी: चिकित्सीय रूप से जरूरी भर्तीरोगी इलाज प्राप्त करने वाले रोगियों से प्राप्त की जाने वाली सेवा के लिए उपयुक्त Medicare DRG दर प्लस 15% वसूल किया जाएगा।
- ii. बहिरोगी: Morristown Medical Center और Overlook Medical Center में बहिरोगी सेवाएं प्राप्त करने वाले रोगियों से अस्पताल के खर्चों को 40% की छूट की दर से शुल्क वसूल किया जाएगा। Newton Medical Center के रोगी 88% की छूट प्राप्त करते हैं, Chilton Medical Center के बहिरोगी 82.4% की छूट प्राप्त करते हैं और Hackettstown Medical Center के बहिरोगी 89% की छूट प्राप्त करते हैं।

## 2. राज्य से बाहर के और विदेशी रोगी

- a. भर्तीरोगी: चिकित्सीय रूप से जरूरी भर्तीरोगी इलाज प्राप्त करने वाले रोगियों से प्राप्त की जाने वाली सेवाओं के लिए उपयुक्त Medicare DRG प्लस 25% वसूल किया जाएगा।
- b. बहिरोगी: Morristown Medical Center और Overlook Medical Center में बहिरोगी सेवाएं प्राप्त करने वाले रोगियों से अस्पताल के खर्चों को 40% की छूट की दर से शुल्क वसूल किया जाएगा। Newton Medical Center के रोगी 88% की छूट प्राप्त करते हैं, Chilton Medical Center के बहिरोगी 82.4% की छूट प्राप्त करते हैं और Hackettstown Medical Center के बहिरोगी 89% की छूट प्राप्त करते हैं।

## C. सामान्य रूप से बिल की राशियां

अबीमाकृत रोगी, जो न्यू जर्सी के ऐसे निवासी हैं, जिनके परिवार की कुल आय संघीय गरीबी स्तर के 500% से कम है, जो किसी अन्य प्रकार की संघ अथवा राज्य द्वारा वित्तपोषित वित्तीय सहायता कार्यक्रमों (चैरिटी केयर से छूट के साथ) के लिए योग्य नहीं हैं, सेक्शन IV के अनुसार अपने खाते में लागू छूट प्राप्त करेंगे। वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र प्रस्तुत करने पर और यह निर्धारण कि रोगी इस सेक्शन के अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है, उनसे AGB से कम अथवा उपयुक्त Medicare दर प्लस 15% का शुल्क वसूल किया जाएगा।

Atlantic Health System ने प्रत्येक संबंधित अस्पताल फेसिलिटी के लिए अतीत पर विचार (Look-Back) पद्धति प्रयोग करने का चयन किया है। AGB प्रतिशत (अस्पताल फेसिलिटी द्वारा) हैं:

Morristown Medical Center: 25.5%  
 Overlook Medical Center: 26.4%  
 Chilton Medical Center: 19.4%  
 Newton Medical Center: 13.5%



इंटरनल रेवेन्यू कोड सेक्शन (Internal Revenue Code Section) 501(r) के अनुसार, प्रत्येक अस्पताल फेसिलिटी ने अपने क्रमवार AGB की गणना करने के लिए अतीत पर विचार (Look-Back) पद्धति का इस्तेमाल किया है। AGB प्रतिशत की गणना अनुमति दिए गए सभी दावों के आधार पर, इन दावों से जुड़े कुल शुल्कों को 12-माह की अवधि से भाग करके की गई थी। अस्पताल की सभी फेसिलिटीज के लिए निम्न भुगतानकर्ता मिक्स को चुना गया था: Medicare सेवा के लिए फीस + सभी निजी स्वास्थ्य बीमा कंपनियां।

AGB प्रतिशत कैलंडर वर्ष के अंतिम एक सौ बीस (120) दिनों के अंदर वार्षिक तौर पर अपडेट किए जाएंगे। यदि गणना किए गए AGB प्रतिशत के परिणामस्वरूप रोगी द्वारा देय राशि **से कम** राशि हो, तो रोगी केवल AGB के अंतर्गत गणना की गई राशि के लिए जिम्मेदार होगा।

यदि गणना किए गए AGB प्रतिशत के परिणामस्वरूप रोगी द्वारा देय राशि **से अधिक** राशि हो, तो रोगी ऊपर वर्णन किए गए वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के अंतर्गत गणना की गई राशि के लिए जिम्मेदार होगा।

## V. बिलिंग और उगाही पॉलिसी

इस सेक्शन में Atlantic Health System की बिलिंग और उगाही नीतियां एवं प्रक्रियाएं दी गई हैं और यह उन कार्रवाईयों के बारे में विस्तार से बताता है, जो चिकित्सीय देखभाल के लिए बिल का भुगतान न किए जाने पर की जा सकती हैं, वित्तीय सहायता छूटों के लागू होने के बाद शेष बकाए के लिए बिल सहित। Atlantic Health System की ओर से काम करने वाली उगाही एजेंसियों और प्रतिनिधियों को इस FAP की प्रति प्रदान की जाएगी।

प्रत्येक बिलिंग स्टेटमेंट में अस्पताल की फेसिलिटी के विशेष वित्तीय काउंसलिंग कार्यालय के टेलीफोन नंबर के साथ, जहां रोगी FAP के बारे में जानकारी और वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र में सहायता प्राप्त कर सकता है, वित्तीय सहायता की उपलब्धता के संबंध में विशिष्ट नोटिस शामिल होगा। बिलिंग स्टेटमेंट में उस वेबसाइट का पता भी शामिल होगा, जहां FAP की प्रतियां, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र, और PLS प्राप्त किए जा सकते हैं।

A. सूचना की अवधि: Atlantic Health System रोगी बकाये की पुष्टि होते ही किसी भी देय बकाए के लिए रोगी को बिल भेजेगा। अभीमाकृत रोगियों के लिए, पहली पोस्ट-डिस्चार्ज (छुट्टी के बाद की) बिलिंग स्टेटमेंट 120-दिन की सूचना अवधि की शुरुआत को चिन्हित करेगी, जिसमें रोगी के विरुद्ध कोई असाधारण उगाही कार्रवाईयां (“ECA”) (नीचे परिभाषित किया गया है) शुरू नहीं की जा सकती हैं। बीमाकृत अथवा अभीमाकृत रोगियों के लिए, किसी बीमा कंपनी द्वारा प्रक्रिया करने को दर्शाने वाली पहली पोस्ट-डिस्चार्ज (छुट्टी के बाद की) बिलिंग स्टेटमेंट 120-दिन की सूचना

अवधि की शुरुआत को चिन्हित करेगी, जिसमें रोगी के विरुद्ध कोई ECA शुरू नहीं की जा सकती हैं (“120-दिन की सूचना अवधि”)।

- B. जब कोई रोगी भुगतान में दोषी होता है, तो यह निर्धारित करने के लिए वित्तीय सहायता अथवा नई या संशोधित योजना की आवश्यकता है या नहीं, बिलिंग स्टेटमेंट के बारे में विचारविमर्श करने की पेशकश करते हुए रोगी को एक नोटिस भेजा जाता है। Atlantic Health System उन रोगियों से समझौता करता है, जो भुगतान योजनाओं का निवेदन करते हैं और इन्हें तय करते हैं।
- C. जब 120-दिन की सूचना अवधि के अंत में कोई भुगतान प्राप्त नहीं होता और रोगी ने वित्तीय सहायता के लिए आवेदन न किया हो अथवा किसी वैकल्पिक भुगतान योजना के लिए अस्पताल की फेसिलिटी के वित्तीय काउंसलिंग कार्यालय अथवा अस्पताल की फेसिलिटी के ग्राहक सेवा कार्यालय के साथ कोई व्यवस्था न की हो, तो रोगी का खाता किसी उगाही एजेंसी को सौंप दिया जाएगा। Atlantic Health System रोगी को लिखित में सूचित करेगा कि रोगी का खाता किसी उगाही एजेंसी को सौंप दिया जाएगा, यदि 10 दिनों के अंदर (“अंतिम नोटिस”) कोई भुगतान प्राप्त नहीं होता है। अंतिम नोटिस रोगी को सूचित करेगा कि वित्तीय सहायता पात्र रोगियों के लिए उपलब्ध है और इसमें अस्पताल की फेसिलिटी के विशेष वित्तीय काउंसलिंग कार्यालय के टेलीफोन नंबर शामिल होगा, जहां रोगी FAP के बारे में जानकारी और वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र की प्रक्रिया में सहायता प्राप्त कर सकता है। बिलिंग स्टेटमेंट में उस वेबसाइट का पता भी शामिल होगा, जहां FAP की प्रतियां, वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र, और PLS प्राप्त किए जा सकते हैं।
- D. Atlantic Health System 120-दिन की सूचना अवधि के बाद दोषी रोगी के खातों पर ECA शुरू करने के लिए Atlantic Health System की ओर से कार्य करने वाली उगाही एजेंसियों और प्रतिनिधियों (“तृतीय पक्ष”) को अधिकार दे सकता है। जब कोई खाता किसी तृतीय पक्ष को भेज दिया जाता है, तो तृतीय पक्ष पुष्टि करेगा कि यह निर्धारित करने के लिए उचित प्रयास किए गए हैं कि रोगी FAP के अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है या नहीं और ECA शुरू करने से पहले निम्न कार्रवाईयां की गई हैं:
1. रोगी को लिखित नोटिस (“30-दिन पत्र”) प्रदान किया गया है, जो: (a) सूचित करता है कि वित्तीय सहायता पात्र रोगियों के लिए उपलब्ध है; (b) उन ECA(s) की पहचान करता है, जिसे तृतीय पक्ष देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने में शुरू करना चाहता है; और (c) एक अंतिम तिथि के बारे में बताता है, जिसके बाद वह ECA शुरू की जा सकती हैं (जो अंतिम तिथि वह नोटिस प्रदान किए जाने के 30 दिन बाद से पहले नहीं होती);
  2. 30-दिन पत्र में FAP के आसान भाषा में सारांश की प्रति शामिल होती है; और
  3. Atlantic Health System और/अथवा तृतीय पक्षों ने रोगी को FAP के बारे में और रोगी वित्तीय सहायता के लिए आवेदन प्रक्रिया में सहायता कैसे प्राप्त कर सकता है, के बारे में रोगी को मौखिक रूप से सूचित करने के लिए प्रयास किए हैं।

- E. जब यह पुष्टि हो जाती है कि यह निर्धारित करने के उचित प्रयास किए गए हैं कि रोगी FAP के अंतर्गत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है या नहीं, तृतीय पक्ष देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने में रोगी के विरुद्ध निम्न ECA शुरू कर सकते हैं:
1. वे कार्रवाईयां, जिनके लिए कानूनी अथवा न्यायिक प्रक्रिया की आवश्यकता होती है, उनमें शामिल हैं लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं:
    - a. रोगी की संपत्ति पर अधिकार का दावा करना, सिवाए इसके कि I.R.C. सेक्शन 501(r) में किसी अन्य प्रकार से न दिया गया हो;
    - b. रोगी के बैंक खाते को कुर्क अथवा ज़ब्त करना;
    - c. रोगी के विरुद्ध सिविल कार्रवाई शुरू करना;
    - d. रोगी की मज़दूरी रोक देना।
  2. ECA में निजी चोट के निर्णयों, निपटारों, अथवा समझौतों पर दावा करना शामिल नहीं है, और न ही दिवालियापन में दर्ज किए दावे।
- F. यदि वित्तीय सहायता के लिए कोई अधूरा आवेदन पत्र प्राप्त होता है, तो Atlantic Health System रोगी को लिखित नोटिस प्रदान किया जाएगा, जिसमें FAP-पात्रता निर्धारण करने के लिए आवश्यक अतिरिक्त जानकारी अथवा दस्तावेजों का वर्णन किया जाता है। Atlantic Health System तृतीय पक्षों को सूचित करेगा कि वित्तीय सहायता के लिए एक अधूरा आवेदन पत्र प्रस्तुत किया गया था और तृतीय पक्ष 30-दिन की अवधि तक देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने के लिए किसी भी ECA को स्थगित कर दें।
- G. यदि वित्तीय सहायता के लिए पूरा भरा हुआ आवेदन पत्र प्राप्त होता है, तो Atlantic Health System सुनिश्चित करेगा कि निम्न कार्रवाईयां की जाएंगी:
1. रोगी के विरुद्ध ECA स्थगित की जाएंगी;
  2. पात्रता निर्धारण किया जाएगा और समय पर इसके दस्तावेज तैयार किए जाएंगे;
  3. Atlantic Health System रोगी को निर्धारण और निर्धारण के आधारों के बारे में लिखित में सूचित करेगा;
  4. एक अपेडट की हुई बिलिंग स्टेटमेंट प्रदान की जाएगी, जो FAP के पात्र रोगी (यदि लागू हो) द्वारा देय राशि, और इस बारे में सूचित करेगी वह राशि कैसे निर्धारित की गई थी और लागू AGB प्रतिशत के बारे में सूचित करेगी;
  5. FAP के पात्र रोगी द्वारा देय राशि से अधिक भुगतान की गई कोई भी राशि परिस्थिति के अनुसार वापस कर दी जाएगी (यदि लागू हो); और

6. तृतीय पक्ष ऋण की उगाही करने के लिए रोगियों के विरुद्ध किए गए किसी भी ECA को पूरी तरह से बदलने के लिए सभी उचित और उपलब्ध उपाय करेंगे, जैसे कि किसी निर्णय को रद्द करना अथवा आरोप या दावे को हटाना।

H. यदि अस्पताल की कोई भी फेसिलिटी अनुमानित पात्रता निर्धारण करती है तो निम्न की आवश्यकता होती है:

1. यदि रोगी को अनुमानित रूप से FAP के अंतर्गत उपलब्ध सबसे अधिक उदार सहायता से कम के लिए पात्र होना निर्धारित किया जाता है, जो Atlantic Health System निम्न करेगा:
  - a. रोगी को अनुमानित FAP-पात्रता निर्धारण के आधार के संबंध में सूचित करेगा और विस्तार से बताएगा कि अधिक 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 रोगी को अधिक उदार सहायता के लिए आवेदन करने का उचित समय देगा;
  - c. यदि वित्तीय सहायता के लिए पूरा भरा हुआ आवेदन पत्र प्राप्त होता है तो रोगी की FAP-पात्रता स्थिति को पुनः निर्धारित करेगा।

#### संदर्भ:

आंतरिक राजस्व सेवा (Internal Revenue Service), 26 CFR पार्ट्स 1, 53, और 602, धर्मार्थ अस्पतालों के लिए अतिरिक्त शर्तें; धर्मार्थ अस्पतालों के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं के मूल्यांकन; सेक्शन 4959 एक्साइज़ टैक्स रिटर्न और रिटर्न फाइल करने के लिए समय की शर्तें; अंतिम नियम; N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52

---

ब्रियन ग्रैग्नोलटी (Brian Gragnolati), प्रेजिडेंट/CEO

---

तारीख

Atlantic Health System, Inc. पृष्ठ 13 का 10

## परिशिष्ट A

### प्रदाता सूची

Atlantic Health System, Inc. (“Atlantic Health System”) वित्तीय सहायता पॉलिसी (“FAP”) Atlantic Health System अस्पताल में अथवा प्रदाता-आधारित बहिरोगी फेसिलिटी, जिसे AHS Hospital Corp., Atlantic Health System की एक सहायक कंपनी द्वारा बिल भेजा जाता है, में प्रदान की जाने वाली आपातकालीन अथवा अन्य चिकित्सीय रूप से जरूरी देखभाल पर लागू होगी।

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

अन्य प्रदाता ATLANTIC HEALTH SYSTEM अस्पतालों और बहिरोगी फेसिलिटीज में आपकी देखभाल में भाग ले सकते हैं। यदि वो प्रदाता ऊपर विशेष रूप से सूचीबद्ध नहीं हैं, तो वे ATLANTIC HEALTH SYSTEM की वित्तीय सहायता पॉलिसी का पालन नहीं करते। आपको उन प्रदाताओं द्वारा अलग से बिल दिया जाएगा और उसके अनुसार ही आपको भुगतान की व्यवस्था करने की आवश्यकता होगी।

इस प्रदाता सूची की आवश्यकता होने पर, त्रैमासिक रूप से समीक्षा की जाएगी और इसे अपडेट किया जाएगा। FAP अथवा इस प्रदाता सूची के संबंध में सवाल में सवालों में सहायता के लिए, कृपया ग्राहक सेवा विभाग को 1-800-619-4024 पर फोन करें। पृष्ठ 12 का 11

परिशिष्ट B

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

अरबी  
अर्मेनियन  
चीनी  
फ्रेंच क्रेओल  
ग्रीक  
गुजराती  
हिंदी  
इतालवी  
जापानी  
कोरियाई  
पोलैंडी  
पुर्तगाली  
रूसी  
सर्बो-क्रोशियन  
स्पेनी  
टैगालोग

**आय मापदंड**  
**चैरिटी केयर और कम किया गया चैरिटी केयर पात्रता मापदंड**  
**प्रभावी: 17 मार्च, 2020**

रोगी के लिए आय और संपत्ति दोनों मापदंडों को पूरा करना आवश्यक है।

**आय मापदंड**

जब कुल वार्षिक आय निम्न श्रेणियों के अंदर हो  
तो रोगी द्वारा भुगतान किए जाने वाले शुल्कों का प्रतिशत

	रोगी 0% शुल्क का भुगतान करता है	रोगी 20% शुल्क का भुगतान करता है	रोगी 40% शुल्क का भुगतान करता है	रोगी 60% शुल्क का भुगतान करता है	रोगी 80% शुल्क का भुगतान करता है	रोगी 100% शुल्क का भुगतान करता है
परिवार के सदस्यों की संख्या	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	\$25,520 अथवा कम	\$25,521 से \$28,710	\$28,711 से \$31,900	\$31,901 से \$35,090	\$35,091 से 38,280\$	\$ 38,281 अथवा अधिक
2	\$ 38,480 अथवा कम	\$38,481 से \$38,790	\$38,791 से \$43,100	\$43,101 से \$47,410	\$47,411 से \$51,720	\$ 51,720 अथवा अधिक
3	\$ 43,440 अथवा कम	\$43,441 से \$48,870	\$48,871 से \$54,300	\$54,301 से \$59,730	\$59,731 से \$65,160	\$ 65,161 अथवा अधिक
4	\$ 52,400 अथवा कम	\$52,401 से \$58,950	\$58,951 से \$65,500	\$65,501 से \$72,050	\$72,051 से \$78,600	\$ 78,601 अथवा अधिक
5	\$ 61,360 अथवा कम	\$61,361 से \$69,030	\$69,031 से \$76,700	\$76,701 से \$84,370	\$84,371 से \$92,040	\$ 92,041 अथवा अधिक
6	\$ 70,320 अथवा कम	\$70,321 से \$79,110	\$79,111 से \$87,900	\$87,901 से \$96,690	\$96,691 से \$105,480	\$ 105,481 अथवा अधिक
7	\$ 79,280 अथवा कम	\$79,281 से \$89,190	\$89,191 से \$99,100	\$99,101 से \$109,010	\$109,011 से \$118,920	\$118,921

						अथवा अधिक
8	\$ 88,240 अथवा कम	\$88,241 से \$99,270	\$99,271 से \$110,300	\$110,301 से \$121,330	\$121,331 से \$132,360	\$132,360 अथवा अधिक
8 से अधिक सदस्यों वाले परिवारों के लिए, प्रत्येक अतिरिक्त पारिवारिक सदस्यों के लिए प्रत्येक कॉलम में उच्चतम राशि में निम्न राशियां जोड़ें।						
	\$8,960	\$10,080	\$11,200	\$12,320	\$13,440	
* किसी गर्भवती महिला को परिवार के 2 सदस्यों के रूप में गिना जाता है।						
यदि 20% से 80% को विसर्पी (स्लाइडिंग) फीस पैमाने पर होने वाले रोगी अपनी कुल वार्षिक आय के 30% से अधिक की राशि में होने वाले योग्य जेब से भुगतान न किए जाने वाले चिकित्सीय खर्चों के लिए जिम्मेदार हैं (उदाहरण के लिए, अन्य पक्षों द्वारा भुगतान न किए गए बिल), तो 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।

17 मार्च