



<b>शीर्षक: अस्पताल के मरीजों के लिए Banner Health Financial Assistance पॉलिसी</b>	
संख्या: 770, संस्करण: 5	मूल तिथि: 06/10/2019
प्रभावो: 07/06/2023	अंतिम समीक्षा/संशोधन तिथि: 07/06/2023
अगली समीक्षा दिनांक: 07/06/2026	लेखक: Alex Paraison, Jonathan McGee, Adrienne Moore
अनुमोदनकर्ता: Administrative Policy Committee, Banner Health - बोर्ड ऑफ डायरेक्टर्स, PolicyTech एडमिनिस्ट्रेटर्स	
<b>डिस्क्रीट ऑपरेटिंग यूनिट/फैसिलिटी: अस्पताल</b> Banner Baywood Medical Center Banner Behavioral Health Hospital Banner Boswell Medical Center Banner Casa Grande Medical Center Banner Children's at Desert Banner Churchill Community Hospital Banner Del E Webb Medical Center Banner Desert Medical Center Banner Estrella Medical Center Banner Fort Collins Medical Center Banner Gateway Medical Center Banner Goldfield Medical Center Banner Heart Hospital Banner Ironwood Medical Center Banner Lassen Medical Center Banner McKee Medical Center Banner North Colorado Medical Center Banner Ocotillo Medical Center Banner Payson Medical Center Banner Thunderbird Medical Center Banner--University Medical Center Phoenix Banner--University Medical Center South Banner--University Medical Center Tucson East Morgan County Hospital Ogallala Community Hospital Page Hospital Platte County Memorial Hospital Sterling Regional Medical Center Torrington Community Hospital Washakie Medical Center Wyoming Medical Center	<b>Banner कॉर्पोरेट</b>  Banner Medical Group Banner-University Medical Group

## I. उद्देश्य/जनसंख्या:

- A. उद्देश्य: इस नीति और Financial Assistance Program ("FA प्रोग्राम") का उद्देश्य Banner Health ("BH") अस्पतालों में फ्री या डिस्काउंटेड आपातकालीन और अन्य चिकित्सकीय रूप से आवश्यक (गैर वैकल्पिक) देखभाल के प्रावधान के लिए एक गैर-भेदभावपूर्ण और सुसंगत कार्यप्रणाली की बुनियाद रखना है। यह नीति रोगियों को बिल की जाने वाली सभी अस्पताल सेवाओं के लिए बिलिंग और कलेक्शन नीतियों की भी बुनियाद रखती है।
- B. जनसंख्या: सभी कर्मचारी।

## II. परिभाषाएँ:

- A. अमाउंट जनरली बिल्ड (AGB) - वह राशि जो एक अस्पताल आमतौर पर बीमित रोगियों को एक कवर की गई सेवा के लिए बिल देता है, जो 26 CFR 1.501(r) - 5(b)(3) में निर्धारित "लुक-बैक मेथड" का उपयोग करके निर्धारित किया जाता है। प्रत्येक अस्पताल के लिए AGB प्रतिशत ऑनलाइन यहां देखा जा सकता है: <https://www.bannerhealth.com/-/media/files/project/bh/patients-visitors/billing/financial-assistance/agb-summar.yashx>
- B. बैलेंस आफ्टर इंश्योरेंस (BAI) - बीमा भुगतान के बाद रोगी द्वारा देय कोई भी राशि (जैसे, डिडक्टिबल्स, को-पेमेंट्स, और को-इंश्योरेंस) का उपयोग कर सकते हैं। BAI में कवर की गई सेवाओं के लिए Medicaid रोगी की लागत का हिस्सा शामिल नहीं है (जैसा कि राज्य द्वारा निर्धारित किया गया है कि रोगी को Medicaid के लिए पात्र होने के लिए रोगी को भुगतान करना होगा), और BH इस राशि को वित्तीय सहायता प्रदान करने या माफ करने के लिए अधिकृत नहीं है।
- C. चैरिटी केयर - एक मरीज को प्रदान की जाने वाली कवर की गई सेवाएं जिसके लिए रोगी को किसी भी राशि का भुगतान करने की उम्मीद नहीं है।
- D. कवर की गई सेवाएं - अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं।
- E. डिस्काउंटेड देखभाल - एक रोगी को प्रदान की जाने वाली कवर की गई सेवाएं जिसके लिए रोगी से डिस्काउंटेड राशि का भुगतान करने की उम्मीद की जाती है।
- F. आकस्मिक स्थिति - इसका अर्थ है एक रोगी की एक चिकित्सा स्थिति जो तीव्र लक्षणों के साथ स्वास्थ्य की स्थिति की अचानक शुरुआत के परिणामस्वरूप हुई है, जो तत्काल चिकित्सा देखभाल के अभाव में, रोगी के स्वास्थ्य को गंभीर खतरे में डालने की संभावना है, जिसके परिणामस्वरूप रोगी के शारीरिक कार्यों में गंभीर हानि होती है या किसी भी शारीरिक अंग या भाग की गंभीर शिथिलता होती है।
- G. फेडेरल पॉवर्टी लेवल (FPL) - फेडेरल सरकार द्वारा निर्धारित अलग-अलग घरेलू आकारों के लिए वार्षिक आय स्तर।
- H. Financial Assistance Program (FA प्रोग्राम) - BH का प्रोग्राम जो चैरिटी केयर और डिस्काउंटेड देखभाल के प्रावधान को नियंत्रित करता है।
- I. अस्पताल - BH द्वारा स्वामित्व या पट्टे पर दिया गया प्रत्येक अस्पताल (कैलिफोर्निया में रहने वाले लोगों के अलावा)।

**शीर्षक: अस्पताल के मरीजों के लिए Banner Health Financial Assistance पॉलिसी**

संख्या: 770. संस्करण: 5

- J. अस्पताल प्रदाता - चिकित्सक और अन्य चिकित्सा कर्मचारी जो अस्पताल के भीतर आपातकालीन या अन्य चिकित्सकीय रूप से आवश्यक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करते हैं, जैसा कि समूह या विभाग द्वारा परिशिष्ट ए में सूचीबद्ध है।
- K. Medicaid - सभी राज्य सार्वजनिक बीमा कार्यक्रम जिनमें Medicaid, AHCCCS, CICP और FES शामिल हैं (लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं)।
- L. चिकित्सकीय रूप से गरीब परिवार - पिछले 12 महीनों के दौरान किए गए चिकित्सा खर्चों वाला परिवार, जहां वह हिस्सा जिसके लिए परिवार जिम्मेदार है, उस वर्ष के लिए परिवार की कुल आय का 50% से अधिक है। यह निर्धारित करने के प्रयोजनों के लिए कि क्या कोई घर चिकित्सकीय रूप से गरीब परिवार है, सभी चिकित्सा व्यय शामिल हैं, जिसमें नॉन-BH चिकित्सा व्यय शामिल हैं।
- M. चिकित्सकीय रूप से आवश्यक - एक अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं जो निम्नलिखित सभी मानदंडों को पूरा करती हैं:
1. किसी बीमारी, चोट, स्थिति, बीमारी या उसके लक्षणों का इलाज करने के लिए आवश्यक हैं;
  2. रोगी की स्थितियों के निदान और उपचार के अनुरूप हैं;
  3. अच्छी चिकित्सा पद्धति के मानकों के अनुसार प्रदान किए जाते हैं;
  4. रोगी या रोगी के चिकित्सक की सुविधा के लिए प्रदान नहीं किए जाते हैं; और
  5. रोगी की चिकित्सा स्थिति द्वारा निर्धारित रोगी के लिए सबसे उपयुक्त स्तर की देखभाल हो, न कि रोगी की वित्तीय या पारिवारिक स्थिति के अनुसार।
- एक आकस्मिक स्थिति के इलाज के लिए अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक माना जाता है।
- N. पेशेंट बैलेंस मैनेजमेंट (PBM) - BH की ऑपरेटिंग इकाई जो को-पेमेंट्स और डिडक्टिबल्स सहित अस्पताल सेवाओं के लिए सेल्फ-पे अकाउंट्स को बिलिंग और एकत्र करने के लिए जिम्मेदार है।
- O. सेल्फ-पे रेट - कवर की गई सेवा के लिए लागू AGB का 125%।
- P. तृतीय-पक्ष बीमा - एक इकाई (निगम, कंपनी स्वास्थ्य योजना या ट्रस्ट, स्वास्थ्य देखभाल बाज़ार कंपनी, ऑटोमोबाइल चिकित्सा वेतन लाभ, श्रमिकों का मुआवजा, आदि) रोगी (या गारंटर) के अलावा जो रोगी के चिकित्सा बिलों के सभी या एक हिस्से का भुगतान करेगा।
- Q. अंडरइंश्योर्ड पेशेंट - थर्ड-पार्टी इंश्योरेंस कवरेज वाला रोगी, लेकिन वित्तीय सीमाओं या को-रिस्पॉन्सबिलिटी के साथ, जिसमें डिडक्टिबल्स, को-पेमेंट्स और को-इंश्योरेंस शामिल हैं। उसके पास आउट-ऑफ-पॉकेट खर्च है जो उसकी वित्तीय क्षमताओं से अधिक है।
- R. अनइंश्योर्ड रोगी - तृतीय-पक्ष बीमा के बिना एक रोगी और जो सरकारी बीमा कार्यक्रम में नामांकित नहीं है। अनइंश्योर्ड रोगियों से प्रारंभ में कवर की गई सेवाओं के लिए स्व-भुगतान दर ली जाती है।

## बीमारनीति:

- a. गैर-भेदभाव। BH नस्ल, रंग, धर्म, लिंग, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, आयु, यौन अभिविन्यास, लिंग पहचान, वयोवृद्ध स्थिति, और / या भुगतान करने की क्षमता की परवाह किए बिना सभी रोगियों को गुणवत्ता स्वास्थ्य सेवा प्रदान करता है।

b. दायरा।

- i. चिकित्सकीय रूप से आवश्यक अस्पताल सेवाएं। यह नीति केवल BH अस्पतालों में कवर की गई सेवाओं पर लागू होती है, जो निम्नलिखित अपवादों के अधीन है।
  - ii. अस्पताल प्रदाता। सभी अस्पताल प्रदाता इस नीति के अधीन नहीं हैं। परिशिष्ट A में निर्दिष्ट किया गया है कि कौन से अस्पताल प्रदाता, विभाग या समूह द्वारा, इस नीति के तहत कवर किए गए हैं और जो नहीं हैं।
  - iii. California Hospital। कैलिफोर्निया के सुसानविले में स्थित बैनर Lassen Medical Center को इस नीति से बाहर रखा गया है। वह फैसिलिटी अस्पताल के मरीजों के लिए Banner Lassen Medical Center Financial Assistance Policy for Hospital Patients द्वारा प्रशासित है (नंबर. 3658)।
  - iv. नॉन-हॉस्पिटल फैसिलिटीज। यह नीति नॉन-हॉस्पिटल BH फैसिलिटीज (जैसे, बैनर इमेजिंग, बैनर अरजेंस केयर सेंटर्स) या नॉन-हॉस्पिटल प्रोवाइडर्स (जैसे, कुछ फिजिशियन, एडवांस्ड प्रैक्टिस प्रोवाइडर्स) पर लागू नहीं होती है। Banner Health Physician Practices/Clinics/Home Health Financial Assistance Policy (नंबर. 1455) ऐसे BH नॉन-हॉस्पिटल फैसिलिटीज एवं नॉन-हॉस्पिटल को प्रशासित करती है।
- c. FA प्रोग्राम। यह नीति एक BH FA प्रोग्राम स्थापित करती है, जो रोगी की घरेलू आय और चिकित्सा व्यय की मात्रा के आधार पर, चैरिटी केयर या डिस्काउंटेड देखभाल के लिए रोगी की क्वालिफिकेशन निर्धारित करती है। कवर की गई सेवाओं के लिए वित्तीय सहायता उन रोगियों के लिए प्रदान की जाएगी जो: (1) अनइंश्योर्ड रोगी या अंडरइंश्योर्ड रोगी और जो इस नीति में उल्लिखित घरेलू आय दिशानिर्देशों को पूरा करते हैं, और/या (2) चिकित्सकीय रूप से निर्धन परिवार के सदस्य हैं।
- i. घरेलू आय के आधार पर वित्तीय सहायता। अनइंश्योर्ड रोगी और अंडरइंश्योर्ड रोगी घरेलू आय के आधार पर वित्तीय सहायता के लिए पात्र होंगे यदि: (1) उनकी घरेलू आय FPL का 400% या उससे कम है; और (2) वे वित्तीय सहायता के लिए एक आवेदन पूरा करते हैं या संभावित रूप से पात्र होने के लिए निर्धारित होते हैं (इस नीति का सेक्शन 111.D.iv देखें)। अनुमोदित अनइंश्योर्ड रोगियों और अंडरइंश्योर्ड रोगियों को BH द्वारा प्रदान की जाने वाली वित्तीय सहायता की राशि निम्नलिखित तालिकाओं के अनुसार निर्धारित की जाती है:

कोलोराडो के अलावा अन्य राज्यों में अस्पताल		
घरेलू आय	लागू डिस्काउंट - अनइंश्योर्ड	लागू डिस्काउंट - अंडरइंश्योर्ड
< FPL का 200%	AGB से 100% छूट BAI पर 100% का छूट	का छूट
200% - 300% FPL	AGB पर 75% की छूट	BAI पर 75% की छूट
> 300% - 400% FPL	AGB पर 50% की छूट	BAI पर 50% की छूट

कोलोराडो के एक अस्पताल में देखभाल प्राप्त करने वाले कोलोराडो रोगी कोलोराडो HB 21-1198 (गरीब मरीजों के लिए स्वास्थ्य देखभाल बिलिंग आवश्यकताएं) के तहत उच्च छूट के लिए पात्र हो सकते हैं।

कोलोराडो हॉस्पिटल्स		
घरेलू आय	डिस्काउंट एप्लाइड - अनइंश्योर्ड	लागू डिस्काउंट - अंडरइंश्योर्ड
< FPL का 200%	100% डिस्काउंट	BAI पर 100% डिस्काउंट
200%-250% FPL	यदि अनुमोदित किया जाता है, तो कोलोराडो डिस्काउंटेड केयर प्राइसिंग (CDCP)। यदि CDCP के लिए अनुमोदित नहीं है, AGB पर 75% की छूट	यदि अनुमोदित किया जाता है, तो कोलोराडो डिस्काउंटेड केयर प्राइसिंग (CDCP)। यदि CDCP के लिए अनुमोदित नहीं है, BAI पर 75% की छूट
> 250% - 300% FPL	AGB पर 75% की छूट	BAI पर 75% की छूट
> 300% - 400% FPL	AGB पर 50% की छूट	BAI पर 50% की छूट

ii. चिकित्सकीय रूप से गरीब घरेलू स्थिति के आधार पर वित्तीय सहायता। अनइंश्योर्ड रोगी और अंडरइंश्योर्ड रोगी चिकित्सकीय रूप से निर्धन घरेलू स्थिति के आधार पर वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो सकते हैं यदि: (1) रोगी एक चिकित्सकीय गरीब परिवार का सदस्य है, और (2) रोगी ऐसी वित्तीय सहायता के लिए एक पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करता है।

- अनइंश्योर्ड रोगी और घरेलू आय वाले अंडरइंश्योर्ड रोगी FPL का 400% या उससे कम। इस नीति के सेक्शन 111.c.i के अनुसार घरेलू आय के आधार पर वित्तीय सहायता प्राप्त करने वाले अनइंश्योर्ड रोगी और अंडरइंश्योर्ड रोगी भी चिकित्सकीय रूप से निर्धन घरेलू स्थिति के आधार पर वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो सकते हैं, यदि *सेक्शन III.C.i*, के अनुसार छूट लागू करने के बाद सी.आई.घर अभी भी चिकित्सकीय रूप से गरीब परिवार की परिभाषा को पूरा करता है। यदि अनुमोदित किया जाता है, तो BH ऐसे रोगियों को रोगी की शेष राशि से 75% छूट प्रदान करेगा।
- FPL के 400% से अधिक घरेलू आय वाले अनइंश्योर्ड रोगी। FPL के 400% से अधिक घरेलू आय वाले अनइंश्योर्ड रोगियों से शुरू में कवर की गई सेवाओं के लिए सेल्फ-पे रेट का शुल्क लिया जाएगा। BH अनइंश्योर्ड रोगियों को प्रदान करेगा जो कवर की गई सेवाओं के लिए सेल्फ-पे रेट से 75% छूट के साथ चिकित्सकीय रूप से गरीब परिवार के सदस्य के रूप में पात्र होते हैं।
- FPL के 400% से अधिक घरेलू आय वाले अंडरइंश्योर्ड रोगी। BH अंडरइंश्योर्ड मरीजों को प्रदान करेगा जो रोगी के BAI से 75% छूट के साथ चिकित्सकीय रूप से गरीब परिवार के सदस्य होने के आधार पर वित्तीय सहायता के लिए अनुमोदित हैं।

iii. क्वालीफाइंग रोगियों के लिए अधिकतम शुल्क। अनइंश्योर्ड रोगी या अंडरइंश्योर्ड रोगी जो इस पॉलिसी के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र होते हैं, उनसे कवर की गई सेवाओं के लिए AGB से अधिक शुल्क नहीं लिया जा सकता है। ऐसी स्थिति में जबकि

कवर की गई सेवाओं के लिए सेक्शन 111.C.i में तालिकाओं के आवेदन से एक परिणाम मिलता है जो AGB से अधिक है, ऐसी कवर की गई सेवाओं का शुल्क AGB तक कम कर दिया जाएगा।

- iv. वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करना। जब तक नीचे सेक्शन 111.D.iv में प्रदान की गई वित्तीय सहायता के लिए संभावित रूप से पात्र होने का निर्धारण नहीं किया जाता है, रोगियों को वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करना होगा। मरीज अस्पताल में व्यक्तिगत रूप से या BH वेबसाइट से इसे एक्सेस करके वित्तीय सहायता आवेदन प्राप्त कर सकते हैं। मरीज 1-888-264-2127 पर कॉल करके रोगी को मेल करने के लिए एक आवेदन का अनुरोध भी कर सकते हैं। वित्तीय सहायता के लिए सभी आवेदनों को या तो शारीरिक रूप से अस्पताल में पहुंचाया जाना चाहिए, आवेदन पत्र पर दिए गए पते पर मेल किया जाना चाहिए, या BH वेबसाइट पर निहित निर्देशों के अनुसार प्रस्तुत किया जाना चाहिए।
- v. आय/भुगतान करने की क्षमता का सत्यापन
- रोगी आय को निम्नलिखित मदों का उपयोग करके सत्यापित किया जाएगा, जो रोगी द्वारा प्रदान किया जाना चाहिए:
    - पूर्व वर्ष का आयकर रिटर्न,
    - 3 सबसे हालिया पे स्टब्स; और/या
    - 3 सबसे हालिया बचत और चेकिंग अकाउंट स्टेटमेंट।
  - यदि किसी मरीज की कोई दस्तावेज आय नहीं है और/या फाइल करने की आवश्यकता नहीं है यू.एस. आयकर (जैसे., एक सेवानिवृत्त रोगी), BH रोगी की इक्विटी के लिए रोगी के ऋण की तुलना करके रोगी की भुगतान करने की क्षमता का आकलन कर सकता है। ऋण में सभी मासिक खर्च जैसे आवास, ऑटोमोबाइल, स्वास्थ्य देखभाल आदि शामिल हैं। इक्विटी में बकाया बिलों को कवर करने के लिए तरल संपत्ति (नकदी, स्टॉक, बॉन्ड और अन्य संपत्ति जिन्हें 7 दिनों के भीतर समाप्त किया जा सकता है) शामिल हैं। BH 50% से अधिक ऋण-से-इक्विटी अनुपात वाले रोगियों को चिकित्सकीय रूप से गरीब घरेलू स्थिति के आधार पर वित्तीय सहायता के लिए पात्र होने वाले रोगियों के समान छूट देगा।
- vi. पात्रता निर्धारण की अधिसूचना। FA प्रोग्राम के लिए पात्रता के निर्धारण पर, चाहे रोगी को वित्तीय सहायता के लिए पात्र या वित्तीय सहायता के लिए अपात्र माना जाता है, BH रोगी के अंतिम ज्ञात पते पर अपने निर्धारण की लिखित सूचना भेजेगा।
- vii. वित्तीय सहायता छूट लागू करना
- वित्तीय सहायता के लिए पात्र होने वाले रोगियों को रोगी द्वारा प्राप्त सभी कवर की गई सेवाओं पर लागू छूट होगी: (i) क्वालिफिकेशन की तारीख से पिछले 12 महीनों के भीतर; और (2) क्वालिफिकेशन की तारीख के बाद 180 दिनों के भीतर।
  - जो रोगी आवेदन करते हैं और वित्तीय सहायता के लिए अनुमोदित किए जाते हैं, लेकिन कवर की गई सेवा के लिए डिस्काउंटेड मूल्य से कम से कम \$ 5 अधिक का भुगतान कर चुके हैं, उन्हें अतिरिक्त भुगतान की राशि वापस कर दी जाएगी।
- d. बिलिंग और क्लेक्शन। BH एक्स्ट्राऑर्डिनरी क्लेक्शन एक्शन ("ECAs") सहित कोई भी और सभी कानूनी कार्रवाई कर सकता है, बशर्ते कि उन सेवाओं ("अधिसूचना अवधि") के लिए भुगतान की तारीख

**शीर्षक: अस्पताल के मरीजों के लिए Banner Health Financial Assistance पॉलिसी**

**संख्या: 770. संस्करण: 5**

से 120 दिन पहले भुगतान नहीं किया गया हो। ECA में ये चीजें शामिल हैं, परंतु यह केवल इन तक ही सीमित नहीं है

कानूनी शिकायत दर्ज करना, ग्रहणाधिकार दर्ज करना और क्रेडिट एजेंसियों को ऐसे ऋणों की रिपोर्ट करना।

- i. डिपॉजिट्स। एक अस्पताल को किसी भी सेवा प्रदान करने से पहले एक अनइंश्योर्ड रोगी से जमा की आवश्यकता हो सकती है, सिवाय इसके कि आपातकालीन सेवाएं प्रदान करने से पहले कोई जमा राशि की आवश्यकता नहीं होगी। सभी अनइंश्योर्ड रोगियों को वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में सूचित किया जाना चाहिए और अनुरोध पर एक आवेदन पत्र प्रदान किया जाना चाहिए।
- ii. सिंगल पेशेंट अकाउंट। जब किसी मरीज के पास एक से अधिक बिल बकाया होते हैं, तो BH बकाया बिलों को एक ही बिलिंग स्टेटमेंट में एकत्र कर सकता है। हालांकि, किसी सेवा के लिए उस विशेष सेवा के लिए अधिसूचना अवधि के अंत तक कोई ECA शुरू नहीं किया जाएगा।
- iii. बकाया विधेयक की अधिसूचना। अधिसूचना अवधि के दौरान, BH अंतिम ज्ञात पते पर रोगियों (और गारंटर, यदि लागू हो) को बिलिंग स्टेटमेंट मेल करेगा। बिलिंग विवरण में निम्न चीजें शामिल होंगी:
  - स्टेटमेंट द्वारा कवर की गई सेवाओं का सारांश;
  - प्रत्येक सेवा के लिए वास्तविक शुल्क (तृतीय-पक्ष बीमा प्रदाता से ली गई राशि सहित);
  - प्रत्येक सेवा के लिए रोगी (या गारंटर) द्वारा भुगतान की जाने वाली आवश्यक राशि; और
  - FA प्रोग्राम के तहत वित्तीय सहायता की उपलब्धता के प्राप्तकर्ता को सूचित करने वाला एक लिखित नोटिस, FA प्रोग्राम के एक सरल भाषा सारांश और वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के तरीके के बारे में जानकारी ("सरल भाषा सारांश दस्तावेज़")।

BH रोगियों (और गारंटर) ईमेल और पाठ संदेश भी भेज सकता है जो उन्हें उनके बकाया शेष राशि के बारे में सूचित करता है और डिजिटल रूप से बयानों की समीक्षा करने का अवसर प्रदान करता है।

- iv. वित्तीय सहायता के लिए प्रकल्पित पात्रता। किसी भी ECA को शुरू करने से पहले, BH सीधे या तीसरे पक्ष के विक्रेता के माध्यम से यह निर्धारित करेगा कि क्या रोगी/गारंटर घरेलू आय के आधार पर वित्तीय सहायता के लिए संभावित रूप से पात्र है। ऐसा निर्धारण अनइंश्योर्ड रोगियों के लिए बढ़ी हुई वित्तीय सहायता के लिए प्रकल्पित पात्रता प्रक्रिया के अनुसार किया जाएगा। यदि कोई रोगी/गारंटर घरेलू आय के आधार पर वित्तीय सहायता के लिए संभावित रूप से पात्र होने के लिए निर्धारित किया जाता है, तो रोगी/गारंटर को आवेदन भरने की आवश्यकता नहीं है और सेक्शन 111.C.i में छूट स्वचालित रूप से इस नीति के सेक्शन 111.C.vii के अनुसार खाते पर लागू हो जाएगी। हालांकि, यदि रोगी/गारंटर ने पहले से ही किसी भी कवर की गई सेवाओं के लिए भुगतान कर दिया है, जिसके लिए छूट लागू होगी, तो रोगी/गारंटर को FA प्रोग्राम के लिए आवेदन करना होगा और उन कवर की गई सेवाओं पर लागू छूट के लिए अनुमोदित होना चाहिए।
- v. ECA से पहले अंतिम कलेक्शन प्रयास। कोई भी ECA शुरू करने से पहले, BH रोगी (और/या गारंटर) के अंतिम ज्ञात पते पर एक बिल भेजेगा जो विशिष्ट ECA BH के प्राप्तकर्ता को सूचित करता है कि अधिसूचना अवधि के अंतिम दिन तक, रोगी/गारंटर नहीं करता है: (1) FA प्रोग्राम के तहत वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करें; (2) देय पूरी राशि का भुगतान करें; या (3)

BH के साथ भुगतान व्यवस्था स्थापित करें। इस बिलिंग विवरण में सरल भाषा सारांश दस्तावेज़ शामिल होगा और अधिसूचना अवधि के अंत से कम से कम 30 दिन पहले भेजा जाएगा। BH को FA प्रोग्राम के बारे में रोगी को मौखिक रूप से सूचित करने के लिए एक उचित प्रयास करना चाहिए और रोगी FA प्रोग्राम आवेदन प्रक्रिया के साथ सहायता कैसे प्राप्त कर सकता है।

- यदि patientUguarantor FA कार्यक्रम के तहत वित्तीय सहायता के लिए एक पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करता है, तो आवेदन लंबित होने के दौरान BH कोई ECA शुरू नहीं करेगा।
- यदि patientUguarantor FA कार्यक्रम के तहत वित्तीय सहायता के लिए एक अधूरा आवेदन जमा करता है, तो BH आवेदन को पूरा करने के लिए आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए patientUguarantor को उचित समय देगा। यदि patientUguarantor प्रदान की गई समय सीमा तक अनुरोधित जानकारी प्रदान करने में विफल रहता है, तो BH ECA शुरू कर सकता है।
- यदि patientUguarantor ECA शुरू होने के बाद FA प्रोग्राम के तहत वित्तीय सहायता के लिए एक पूर्ण आवेदन प्रदान करता है, तो ऐसे ECA को तब तक निलंबित कर दिया जाएगा जब तक कि BH ने FA प्रोग्राम के लिए patientUguarantor की पात्रता के बारे में अंतिम निर्धारण नहीं किया है।
- यदि patientUguarantor BH के साथ भुगतान व्यवस्था स्थापित करता है, तो BH लगातार तीन छूटे हुए भुगतानों के बाद ECA शुरू कर सकता है।

e. राइट-ऑफ और समायोजन।

- i. पात्रता। भले ही कोई मरीज FA प्रोग्राम के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो, BH अनइंश्योर्ड रोगियों को कवर की गई सेवा पर 100% की छूट प्रदान करेगा और किसी भी अंडरइंश्योर्ड रोगी के लिए BAI को माफ कर देगा यदि:
  - कवर की गई सेवा प्रदान किए जाने के *बाद* 12 महीने के भीतर रोगी Medicaid में दाखिला लेता है; या
  - रोगी उस समय Medicaid में दाखिला लेता है जब कवर की गई सेवा प्रदान की जाती है, लेकिन Medicaid फंडिंग कवर की गई सेवा के लिए भुगतान करने के लिए उपलब्ध नहीं है या Medicaid कवर की गई सेवा के लिए कवरेज से इनकार करता है।
- ii. राइट-ऑफ के लिए अनुमोदन प्राधिकारी। सभी राइट-ऑफ और समायोजन निम्नलिखित के अनुसार अनुमोदित किए जाने चाहिए:
  - \$5,000 तक राइट-ऑफ/समायोजन: PBM प्रबंधक द्वारा अनुमोदित होना चाहिए
  - राइट-ऑफ/समायोजन \$5,000 और अधिक: PBM निदेशक द्वारा अनुमोदित होना चाहिए। PBM निदेशक इस अधिकार को अस्पताल के CFO को सौंप सकते हैं।

- f. तीसरे पक्ष से चार्ज का रिइंबर्समेंट प्राप्त करने के अधिकार का आरक्षण। यदि किसी तीसरे पक्ष को रोगी के BH बिल के किसी भी हिस्से के लिए कानूनी रूप से उत्तरदायी माना जाता है, तो BH लागू होने वाली संविदात्मक या सरकारी दर पर रोगी द्वारा किए गए सभी शुल्कों के ऐसे तीसरे पक्ष से फुल रिइंबर्समेंट की मांग करेगा या, यदि कोई लागू संविदात्मक या सरकारी दर नहीं है, सेल्फ-पे रेट, भले ही FA प्रोग्राम के तहत रोगी को कोई वित्तीय सहायता प्रदान की गई हो या नहीं।

**शीर्षक: अस्पताल के मरीजों के लिए Banner Health Financial Assistance पॉलिसी**

**संख्या: 770. संस्करण: 5**

- g. नेटवर्क से बाहर और मना की गई सेवाएं। नेटवर्क से बाहर के रोगियों और रोगियों जिनके दावों को उनकी निजी बीमा कंपनी द्वारा अस्वीकार कर दिया गया है, शुरू में सभी कवर की गई सेवाओं के लिए सेल्फ-पे रेट का शुल्क लिया जाएगा।

**IV. प्रोसीजर/इंटरवेंशन्स:**

A. N/A

**V. प्रोसीजरल डॉक्युलमेंटेशन:**

A. N/A

**VI. अतिरिक्त जानकारी:**

A. N/A

**VII. संदर्भ:**

- A. पेशेंट प्रोटेक्शन एंड अफोर्डेबल केयर एक्ट, सेक्शन 9007  
B. इंटरनल रेवेन्यू कोड, सेक्शन 501(r)  
C. Colorado Indigent Care Program, C.R.S. 25.5-3 (HB 21-1198)  
D. 29 C.F.R. §1.501(r)-1 से §1.501(r)-7  
E. सूचना 2015-46, आंतरिक राजस्व बुलेटिन 2015-28 (13 जुलाई, 2015)  
F. 79 Fed Reg 78954-79016

**VIII. अन्य संबंधित नीतियां/प्रक्रियाएं:**

- A. अस्पताल के मरीजों के लिए Banner Lassen Medical Center Financial Assistance पॉलिसी (#3658)  
B. Banner Health Non-Hospital Facilities Financial Assistance पॉलिसी (#1455)

**IX. कीवर्ड और कीवर्ड वाक्यांश:**

- A. फाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम  
B. रोगी सहायता कार्यक्रम  
C. अनइंश्योर्ड रोगी  
D. बिलिंग  
E. कलेक्शन  
F. चैरिटी केयर  
G. सेल्फ-पे डिस्काउंट

**X. परिशिष्ट:**

- A. अस्पताल प्रदाता सूची

## परिशिष्ट A

### अस्पताल प्रदाता सूची

निम्नलिखित सूची में विभाग या समूह द्वारा अस्पताल प्रदाता शामिल हैं, जो BH अस्पतालों के भीतर चिकित्सकीय रूप से आवश्यक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करते हैं और उन अस्पताल प्रदाताओं में से कौन से इस नीति द्वारा कवर किए जाते हैं।

विभाग या समूह	कवर्ड	नॉन-कवर्ड
Banner Medical Group - हॉस्पिटलिस्ट	X	
Banner University Medical Group - हॉस्पिटलिस्ट	X	
नॉन-बैनर एम्पलॉयड <sup>1</sup> - हॉस्पिटलिस्ट		X
Banner Medical Group - इन्टेनसिविस्ट्स	X	
Banner University Medical Group - इन्टेनसिविस्ट्स	X	
नॉन-बैनर एम्पलॉयड <sup>1</sup> - इंटेंसिविस्ट		X
Banner Medical Group - स्पेशलिस्ट्स <sup>2</sup>	X	
Banner University Medical Group - स्पेशलिस्ट्स <sup>2</sup>	X	
Banner MD Anderson - स्पेशलिस्ट्स <sup>2</sup>	X	
Banner Alzheimer's Institute - स्पेशलिस्ट्स <sup>2</sup>	X	
नॉन-Banner एम्पलॉयड - स्पेशलिस्ट्स <sup>2</sup>		X
Banner University Medical Group - एनेस्थिसियोलॉजिस्ट	X	
नॉन-बैनर एम्पलॉयड <sup>1</sup> - एनेस्थिसियोलॉजिस्ट		X
Banner Medical Group - टेलीमेडिसिन	X	
Banner University Medical Group - टेलीमेडिसिन	X	
Banner MD Anderson - स्पेशलिस्ट्स <sup>2</sup>	X	
Banner Alzheimer's Institute - स्पेशलिस्ट्स <sup>2</sup>	X	
नॉन-Banner एम्पलॉयड <sup>1</sup> - टेलीमेडिसिन		X
Banner Behavioral Health Providers	X	
Banner Health Ground Ambulance Services	X	
Non-Banner Health Ground Ambulance Services		X

इस परिशिष्ट की त्रैमासिक समीक्षा की जाएगी और यदि आवश्यक हो तो अद्यतन किया जाएगा। इस परिशिष्ट में निहित अस्पताल प्रदाता सूची में संशोधन के लिए BH निदेशक मंडल के अनुमोदन की आवश्यकता नहीं है।

<sup>1</sup> नॉन-बैनर प्रोवाइडर्स जो बिलिंग सेवाएं प्रदान करने के लिए बैनर के साथ अनुबंध करते हैं, उन्हें कवर्ड एंटीटीज के रूप में माना जाता है।

<sup>2</sup> विशेषज्ञों में ये शामिल हैं, लेकिन केवल इन तक सीमित नहीं है: आपातकालीन कक्ष, सर्जन, रेडियोलॉजिस्ट, लेबर एवं डिलीवरी, और ट्रॉमा प्रोवाइडर्स।