

क्याम्ब्रिज हेल्थ एलायन्स

बिलिड तथा शुल्क सङ्कलन नीति

२०२५ अप्रिल १

क्याम्ब्रिज हेल्थ एलायन्स

बिलिड तथा शुल्क सङ्कलन नीति

विषयसूची

बिलिड तथा शुल्क सङ्कलनसम्बन्धी अस्पतालको नीतिको विषयसूची	1
१. बिरामीका वित्तीय स्रोतहरू र बीमा कवरेज सम्बन्धी जानकारी सङ्कलन	2
२. बिलिड तथा शुल्क सङ्कलनसम्बन्धी अस्पतालका अभ्यासहरू.....	5
३. शुल्क सङ्कलनमा समावेश नहुने समूह.....	7
४. विशेष शुल्क सङ्कलनसम्बन्धी कार्यहरू/प्रक्रियाहरू (ईसीएहरू)	8
५. बाह्य सङ्कलन एजेन्सीहरू	10
६. धरौटी तथा किस्ताबन्दी योजनाहरू.....	10

बिलिड तथा शुल्क सङ्कलनसम्बन्धी अस्पतालको नीति

अस्पतालले प्रदान गरेका सेवाहरूका लागि क्षतिपूर्तिका सबै सम्भावित स्रोतहरू सुरक्षित गर्ने निष्ठागत जिम्मेवारी अस्पतालले नै वहन गर्छ । साथै, बिरामीहरूलाई आपत्कालीन स्वास्थ्य अवस्था रहेको वा अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा आवश्यक भएको निश्चित भई प्रदान गरिएको सेवाहरू बाहेक अन्य अवस्थामा अस्पतालले प्रत्येक बिरामीसँग स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु अघि नै सहकार्य गरी आवश्यक व्यक्तिगत र वित्तीय जानकारी प्राप्त गर्न प्रयास गर्नेछ ।

यी स्रोतहरू प्रायः तेस्रो पक्ष बीमाकर्ता, बिरामी वा संस्था योग्य हुन सक्ने विभिन्न निजी वा सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमहरू तथा स्वयम् बिरामीलाई समावेश हुन्छन्, तर यतिमा नै सीमित छैनन् । आर्थिक सहायता सेवाहरू बिरामीहरूको सेवाशुल्क भुक्तानी गर्नसक्ने क्षमता निर्धारण गर्न सहयोग गर्नका लागि बीमा नभएका वा अपर्याप्त बीमा भएका बिरामीहरूको लागि उपलब्ध हुन्छ । कुनै पनि बिरामी वा परिवारसँग सम्बन्धित व्यक्तिगत वा वित्तीय जानकारी, गोपनीयता, सुरक्षा तथा पहिचान चोरीसम्बन्धी कानून लगायत लागू हुने सबै संघीय तथा राज्यस्तरीय कानूनअनुसार अस्पतालले व्यवस्थापन तथा सुरक्षण गर्छ । अस्पतालले बिरामीहरूबाट बिलिड र शुल्क सङ्कलनका लागि निम्न मापदण्डहरू प्रयोग गर्छ:

१. बिरामीका वित्तीय स्रोतहरू र बीमा कवरेज सम्बन्धी जानकारी सङ्कलन

क. बिरामीले आफ्नो हालसालको जनसांख्यिक जानकारी, बीमाको अवस्था, परिवारको आयमा भएका परिवर्तनहरू वा समूहिक कवरेज पोलिसी (यदि कुनै छ भने) साथै, यदि थाहा भएमा, आफ्नो बीमा वा वित्तीय कार्यक्रममा लागू हुने डिडक्टिबल्स वा कोपेमेन्ट्सबारे उचित समयमै र सही जानकारी प्रदान गर्नु उनीहरूको बाध्यात्मक कर्तव्य हो । प्रत्येक वस्तुको विस्तृत जानकारीमा समावेश गरिनु पर्ने कुरा निम्नलिखित हुनुपर्छ, यद्यपि यतिमा मात्र सीमित हुने छैनः

१. पुरा नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, जन्म मिति, सामाजिक सुरक्षा नम्बर (यदि छ भने), हालको बिमाले समेटेका पक्षहरू, नागरिकता तथा बसोबाससम्बन्धी जानकारी तथा बिल भुक्तानी गर्न बिरामीले प्रयोग गर्नसक्ने वित्तीय स्रोत ।
२. यदि लागू हुने भएमा, बिरामीको ग्यारेन्टर (जमानी बस्ने व्यक्ति) को पुरा नाम, उनको ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, जन्म मिति, सामाजिक सुरक्षा नम्बर (यदि छ भने), हालको बिमाले समेटेका पक्षहरू, नागरिकता तथा बसोबाससम्बन्धी जानकारी तथा बिल भुक्तानी गर्न बिरामीले प्रयोग गर्नसक्ने वित्तीय स्रोत ।
३. उनीहरूको बिल तिर्नको लागि प्रयोग हुनसक्ने अन्य स्रोतहरू, जस्तै: अन्य बीमा कार्यक्रमहरू, कुनै दुर्घटनासम्बन्धी बिषयमा सेवा प्रदान गरिएको अवस्थामा सवारीसाधन वा घरधनीको बिमा पोलिसीहरू, श्रमिक क्षतिपूर्ति कार्यक्रमहरू, विद्यार्थी बीमा पोलिसीहरू र कुनै अन्य पारिवारिक

आय जस्तै पैतृक सम्पत्ति, उपहारहरू वा ट्रस्टबाट उपलब्ध सेवासुविधाहरू, लगायत अन्य पर्दछन्।

- ख. विद्यमान सह-भुक्तानी, सह-बीमा तथा डिडक्टिबलहरू लगायत अस्पतालमा बाँकी रहेको आफ्नो बिलहरूको अनुगमन गर्ने जिम्मेवारी बिरामी स्वयम् को हुनेछ। साथै, यदि बाँकी रकमको आंशिक वा पूर्ण भुक्तानीका लागि सहायता आवश्यक परेमा अस्पतालसँग सम्पर्क गर्नु पनि बिरामी स्वयम् को जिम्मेवारी हुनेछ।
- ग. परिवारको आय वा बीमा स्थितिमा भएका कुनै पनि परिवर्तनबारे आफ्नो वर्तमान स्वास्थ्यबीमाकर्ता (यदि कुनै छ भने) वा सार्वजनिक कार्यक्रम अन्तर्गत बिरामीको योग्यताको निर्धारण गर्ने राज्यको सम्बन्धित निकायलाई जानकारी गराउने जिम्मेवारी बिरामीको हुनेछ। परिवारको आय वा बीमा अवस्थामा कुनै परिवर्तन आएको खण्डमा यदि बिरामीले आफ्नो योग्यता अवस्थामा भएको परिवर्तनबारे अस्पताललाई जानकारी गराएमा, अस्पतालले सार्वजनिक कार्यक्रम अन्तर्गत बिरामीको योग्यता अद्यावधिक गर्न सहयोग गर्न पनि सक्छ।
- घ. बिरामीले परिवारको आमदानीमा भएको परिवर्तनसम्बन्धी कुनै पनि जानकारी वा अस्पतालले प्रदान गर्ने सेवाहरूको खर्च व्यहोर्न दाबी गर्न सकिने कुनै बीमा कार्यक्रममा संलग्न भएको अवस्थामा सो बारे अस्पताल तथा आफूले सहायता प्राप्त गरिरहेको सम्बन्धित कार्यक्रम (जस्तै; मासहेल्थ, कनेक्टर, हेल्थ सेफ्टी नेट वा मेडिकल हार्डशिप) लाई सूचित गर्नुपर्ने उनीहरूको दायित्वबारे जानकार रहेको सुनिश्चित गर्न अस्पतालले बिरामीसँग आवश्यक सहकार्य गर्नेछ।
- ङ. दुर्घटना वा अन्य कुनै घटनाकाले गर्दा लिनुपरेको सेवामा भएको खर्च यदि कुनै तेस्रो पक्ष, जस्तै (तर यति मात्र सीमित नभई) घर वा सवारी साधन बीमाले व्यहोर्नु पर्ने हुन्छ भने, बिरामीले अस्पताल वा सम्बन्धित कार्यक्रम (जस्तै, मासहेल्थ, कनेक्टर वा हेल्थ सेफ्टी नेट) सँग सहकार्य गरी उक्त सेवाहरूका लागि भुक्तान गरिएको वा बाँकी रहेको रकम असुल उपर गर्ने अधिकार हस्तान्तरण गर्नुपर्छ।
- च. अस्पतालले प्रदान गर्नसक्ने स्वास्थ्य सेवाको कवरेज यकिन गर्न बिरामीको बीमा तथा अन्य आवश्यक जानकारी सङ्कलन गर्न सबै उचित र अनवरत प्रयास गर्नेछ।
१. आपत्कालीन स्वास्थ्य अवस्था वा अत्यावश्यक उपचार आवश्यक भएका बिरामीहरूका व्यक्तिगत वा वित्तीय जानकारी सङ्कलनको प्रक्रिया उपचार प्रदान नभएसम्म थाती राखिनेछ।
 २. आवश्यक सहकार्य निर्धारित भेटघाट अघि, अस्पतालको कुनै स्थानमा सेवाका लागि बिरामीको प्रारम्भिक प्रत्यक्ष दर्ताका क्रममा, वा अन्य समयमा हुन सक्नेछ।

३. सम्पूर्ण सेवाहरू उपलब्ध गराइसकेपछि बिरामी वा बिरामीको ग्यारेन्टरलाई अस्पतालबाट पठाइने बिलमा उपलब्ध सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमहरू मार्फत कवरेजका विकल्पहरूको बारे जानकारी प्रदान गरिनेछ । यस अन्तर्गत मास हेल्थ, हेल्थ कनेक्टरद्वारा सञ्चालित बीमाशुल्क सहायता भुक्तानी कार्यक्रम, चिल्ड्रेन्स मेडिकल सेक्युरिटी प्रोग्राम, हेल्थ सेफ्टी नेट वा मेडिकल हार्डशिप समावेश छन् । यो जानकारी बिरामी स्वयं वा उनीहरूको ग्यारेन्टरलाई प्रदान गरिनेछ ।
४. अस्पतालले बिरामीको सार्वजनिक वा निजी बीमा कवरेजको योग्यता निर्धारण गर्न उपलब्ध रहेको सार्वजनिक वा निजी वित्तीय प्रमाणीकरण प्रणालीहरूको माध्यमबाट सावधानीपूर्वक आवश्यक जाँच गर्नेछ । आपत्कालीन वा अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा आवश्यक नपर्ने अवस्थामा अस्पतालले सेवा प्रदान गर्नु अघि नै यस्तो जानकारी सङ्कलन गर्ने प्रयास गर्नेछ ।
५. यतिमा मात्र सीमित नभए पनि अस्पतालद्वारा गरिने आवश्यक सतर्कता प्रयासहरूमा – बिरामीको बीमा स्थिति सम्बन्धी जानकारी अनुरोध गर्ने, उपलब्ध सार्वजनिक वा निजी बीमा डाटाबेसहरू जाँच गर्ने, बिलिङ तथा स्वीकृति सम्बन्धी नियमहरूको पालना गर्ने र आवश्यकतानुसार बिरामीको हालैको स्वास्थ्य सेवाको खर्च व्यहोर्न सक्ने ज्ञात तेस्रो पक्ष बीमा कम्पनीबाट पूर्ण वा आंशिक रूपमा भुक्तान योग्य सेवाको दाबी अस्वीकार भएमा सो दाबीको पुनरावेदन गर्ने कार्य समावेश हुनेछ ।
६. जब बिरामीले अस्पतालको दर्तासम्बन्धी कर्मचारीलाई अस्पतालले प्रदान गरेका सेवाको खर्च व्यहोर्न सक्ने कुनै कानूनी आधार वा बीमा दाबी हुनसक्ने अवस्था लगायत परिवारको आम्दानी वा बीमा स्थितिमा भएका परिवर्तनहरूको जानकारी दिन्छन्, दर्ता कर्मचारीले सो जानकारी सम्बन्धित सार्वजनिक कार्यक्रमहरूलाई सूचित भएको सुनिश्चित गर्न बिरामीसँग आवश्यक सहकार्य गर्नेछन् ।
७. यदि बिरामी, ग्यारेन्टर वा अभिभावक आवश्यक जानकारी प्रदान गर्न असमर्थ भएमा, र बिरामीले सहमति प्रदान गरेमा, अस्पतालले थप जानकारी प्राप्त गर्नका लागि बिरामीका आफन्त, साथीभाई, ग्यारेन्टर/अभिभावक, तथा अन्य उपयुक्त तेस्रो पक्षसँग सम्पर्क गर्न उचित प्रयास गर्नेछ ।
८. अस्पतालले तेस्रो पक्ष बीमा वा अन्य स्रोतहरूले प्रदान गरिएको सेवाको खर्च व्यहोर्न सक्ने सम्भावना जाँच गर्न आवश्यक सावधानीपूर्वक अनुसन्धान गर्नेछ । यतिमै मात्र सीमित नभए पनि

यस प्रक्रियामा, बिरामीसँग सोधपुछ गरी दाबीको खर्च व्यहोर्न सक्ने कुनै सान्दर्भिक बीमा पोलिसी रहेको छ वा छैन भन्ने निर्धारण गर्ने कार्य समावेश हुनेछ । जसमा निम्न बुँदाहरू पर्नेछन् :

- क) सवारी साधन वा घरधनी उत्तरदायित्व बीमा पोलिसी
- ख) साधारण दुर्घटना वा व्यक्तिगत चोटपटक सुरक्षा बीमा पोलिसी
- ग) श्रमिक क्षतिपूर्ति कार्यक्रमहरू
- घ) विद्यार्थी बीमा पोलिसीहरू

९. यदि अस्पतालले कुनै तेस्रो पक्ष उत्तरदायी रहेको पहिचान गर्न सकेमा, वा तेस्रो पक्ष वा अन्य स्रोत (जसमा निजी बीमाकर्ता वा अन्य सार्वजनिक कार्यक्रम समेत समावेश छन्) बाट भुक्तानी प्राप्त गरेमा, अस्पतालले सो भुक्तानी सम्बन्धित कार्यक्रमलाई रिपोर्ट गर्नेछ । साथै, सम्बन्धित कार्यक्रमको दाबी प्रक्रियाका आवश्यकताअनुसार लागू हुने भएमा तेस्रो पक्ष वा अन्य स्रोतद्वारा भुक्तान गरिएको कुनै दाबी विरुद्ध सो रकम समायोजन गर्नेछ । सेवाहरूको खर्च भुक्तान गर्ने राज्यको सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमहरूका लागि, बिरामीको सेवा लागतको कवरेजको अधिकार तेस्रो पक्षबाट अस्पताललाई हस्तान्तरण गर्न आवश्यक छैन । यस्ता अवस्थाहरूमा, सम्बन्धित राज्य कार्यक्रमले बिरामीलाई प्रदान गरिएको सेवाहरूको खर्चको हकमा हस्तान्तरणको प्रयास गर्न सक्छ भन्ने बिरामीले बुझ्न आवश्यक छ ।

२. बिलिड तथा शुल्क सङ्कलनसम्बन्धी अस्पतालका अभ्यासहरू

क. बिरामीको बीमाको अवस्था जस्तो भए पनि अस्पतालले दाबी र बिल पेश गर्नका लागि आवश्यक जानकारी सङ्कलन गर्ने एक समान र स्थिर प्रक्रिया अपनाएको छ । विशेषतः यदि बिरामीसँग सार्वजनिक वा निजी कवरेजका कार्यक्रमले नसमेटेको सेवासँग सम्बन्धित तत्कालिन बक्यौता भएमा अस्पतालले निम्नलिखित उचित सङ्कलन/बिलिड प्रक्रिया पालन गर्नेछः

१) बिरामी वा बिरामीका व्यक्तिगत वित्तीय दायित्वको जिम्मेवारी लिने पक्षलाई पठाइएको प्रारम्भिक बिल (विवरणपत्र); प्रारम्भिक बिलमा अस्पतालको बिलको खर्च व्यहोर्नका लागि वित्तीय सहायता उपलब्धताबारे जानकारी समावेश हुनेछ (यस अन्तर्गत मास हेल्थ, हेल्थ कनेक्टरद्वारा सञ्चालित बीमाशुल्क सहायता भुक्तानी कार्यक्रम, चिल्ड्रेन्स मेडिकल सेक्युरिटी प्रोग्राम, हेल्थ सेफ्टी नेट तथा मेडिकल हार्डशिप समावेश छन्);

२) तत्पश्चात् गरिने सम्पर्कहरू – जसमा बिलिड (विवरणपत्र), टेलिफोन कलहरू, शुल्क सङ्कलन पत्रहरू, व्यक्तिगत सम्पर्कसम्बन्धी सूचना, कम्प्युटरबाट दिईने सूचना, वा बक्यौता बिलको

लागि जिम्मेवार पक्षसँग सम्पर्क गर्नका लागि साँचो प्रयासको रूपमा प्रयोग गरिने अन्य कुनै सूचनापद्धति तथा बिरामीले वित्तीय सहायता प्राप्त गर्नका लागि अस्पतालसँग गर्नसक्ने सम्पर्कसम्बन्धी जानकारी पनि समावेश हुन्छ;

- ३) वित्तीय दायित्वको लागि जिम्मेवार पक्ष, वा उनीहरूको सही हुलाक ठेगाना, वा हुलाक सेवाबाट "गलत ठेगाना" वा "पुऱ्याउन नसकिने" जस्ता कारणहरूले फर्काइएका बिलिडहरू वा विवरणपत्रहरूमा समावेश गरिएको ठेगाना खोज्नको लागि वैकल्पिक प्रयासहरूको अभिलेखिकरण;
- ४) बीमा कवरेज नभएका बिरामीहरूको हकमा, अवस्था अनुसार, आपतकालीन वा तात्कालिक सेवाहरूमा मात्र \$१,००० भन्दा बढी नाघेका बीमा नभएका बिरामीहरूलाई वा पठाइएका सूचनाहरू "गलत ठेगाना" वा "पुऱ्याउन नसकिने" उल्लेख नभई फर्काइएका छन् भने अस्पतालले प्रमाणित गरिएको इमेल मार्फत अन्तिम सूचना पठाउनेछ । साथै यस सूचनामा बिरामीलाई वित्तीय सहायताको उपलब्धताबारे पनि जानकारी दिनेछ;
- ५) सेवा प्रदान गरिएको मिति देखि १२० दिनसम्म जारी राखिएका बिलिड वा शुल्क सङ्कलनसम्बन्धी कार्यहरूको अभिलेखिकरण गरी लागू हुने सबै संघीय र/वा राज्य स्तरका कार्यक्रमअनुसार नै यी प्रयासहरू गरिएको स्पष्ट पार्न ती अभिलेखहरू उपलब्ध समेत हुनेछ; साथै
- ६) बिरामी न्यून आय भएका बिरामी (लो इन्कम पेसेन्ट) होइनन् वा हेल्थ सेफ्टी नेट कार्यालयमा खराब ऋणको कवरेजको लागि दाबी पेश गर्नुअघि उनले मास हेल्थ, हेल्थ कनेक्टरद्वारा सञ्चालित बीमाशुल्क सहायता भुक्तानी कार्यक्रम, चिल्ड्रेन्स मेडिकल सेक्युरिटी प्रोग्राम, हेल्थ सेफ्टी नेट तथा मेडिकल हार्डशिपको लागि कुनै आवेदन दिएका छैनन् भन्ने सुनिश्चित गर्न मासाचुसेट्स एलिजिबिलिटी भेरिफिकेशन सिस्टम (ईभएस) को जाँच गरिन्छ ।
- ७) सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमहरूमा दर्ता भएका सबै बिरामीहरूको हकमा अस्पतालले मेडिकएड मेनेजमेन्ट इन्फर्मेसन सिस्टममा समेत तोकिएका बिरामीहरूलाई मात्र सम्बन्धित राज्यको नियमावलिहरूमा उल्लिखित विशेष सह-भुक्तानी, सह-बीमा वा डिडक्टिबलको लागि बिल गर्न सक्दछ ।

- ८) बिरामीले अनुरोध गरेमा तथा प्रत्येक बिरामीको आर्थिक स्थिति को आन्तरिक समीक्षाको आधारमा, बिरामीको आर्थिक स्थितिबारे तयार भएको अभिलेख तथा यथोचित सङ्कलन प्रयास पछि पनि भुक्तानी गर्न नसक्ने अवस्था भए सो कुरालाई समेत ध्यानमा राख्दै अस्पतालले बिरामीलाई समानरूपमा लागू हुने गरी अतिरिक्त छुट पनि प्रदान गर्न सक्छ । अस्पतालले प्रदान गर्ने कुनै पनि छुट संघीय र राज्यको नियमअनुसार हुनुका साथै यसले बिरामीलाई अस्पतालबाट सेवा प्राप्त गर्नका लागि कुनै प्रकारको प्रभाव पार्दैन ।

३. शुल्क सङ्कलनमा समावेश नहुने समूह

क. राज्यका नियम तथा नीतिहरूको पालना गर्दै निम्न उल्लेखित सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमहरूमा दर्ता भएका बिरामीहरू तल उल्लेखित अपवादहरूमा बाहेक सङ्कलन प्रक्रियामा समावेश हुने छैनन् । त्यस्ता सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमहरूमा तल उल्लेखित साथै अन्य कार्यक्रमहरू पनि समावेश हुन सक्छन्:

१. मास हेल्थ
२. ज्येष्ठ नागरिक, अपाङ्गता भएका व्यक्ति तथा बालबालिकाका लागि आपतकालीन सहयोग (ईएईडीसी)
३. चिल्ड्रेन्स मेडिकल सेक्युरिटी प्लान (सीएमएसपी) परिवर्तित समायोजित स्थूल आय (एमएजीआइ हाउसहोल्ड इन्कम) $\leq 300\%$ संघीय गरीबी रेखा (एफपीएल)
४. मास हेल्थ र हेल्थ सेफ्टी नेटद्वारा निर्धारण गरिएका निम्न-आय भएका बिरामीहरू साथै परिवर्तित समायोजित स्थूल आय भएका घरपरिवार (एमएजीआइ हाउसहोल्ड इन्कम) वा चिकित्सा कठिनाइयुक्त परिवार (मेडिकल हार्डशिप फेमिली) समावेश छन् जसको गणनायोग्य आय संघीय गरीबी रेखा (एफपीएल) को १५०.१% देखि ३००% को बीचमा छ ।
५. चिकित्सकीय कठिनाई (मेडिकल हार्डशिप)

ख. अस्पतालले माथि उल्लेखित कार्यक्रमहरूमा दर्ता भएका कुनै पनि बिरामी विरुद्ध सम्बन्धित प्रत्येक कार्यक्रमद्वारा तोकिएका अनिवार्य सह-भुक्तानी र डिडक्टिबलहरूको सङ्कलन प्रक्रिया अघि बढाउन सक्नेछ;

ग. आफूलाई अस्पतालमा प्रदान गरिने सेवाहरूको लागत वहन गर्ने वित्तीय सहायता कार्यक्रमको सहभागी भएको दाबी गरे पनि सो सहभागिताको प्रमाण प्रस्तुत गर्न असफल हुने बिरामीहरूमाथि पनि अस्पतालले बिलिड वा सङ्कलन प्रक्रिया सुरु गर्न सक्नेछ । बिरामी वित्तीय सहायता कार्यक्रममा सहभागी रहेको

सन्तोषजनक प्रमाण (हस्ताक्षर गरिएको आवेदनको प्राप्ति वा प्रमाणीकरण लगायत) प्राप्त भएपछि अस्पतालले आफ्नो बिलिङ वा सङ्कलन प्रक्रिया रोक्नेछ ।

घ. यदि कुनै बिरामीको हालको निम्न-आय अवस्था (लो इन्कम स्ट्याटस) खारेज भएको, अवधि समाप्त भएको वा राज्यको एलिजिबिलिटी भेरिफिकेशन सिस्टम (ईभीएस) वा मेडिकएड मेनेजमेन्ट इन्फर्मेसन सिस्टम पहिचान नगरिएको अवस्थामा रहेको छ भने अस्पतालले कुनै पनि निम्न-आय भएका बिरामीलाई निम्न-आय भएका बिरामीको रूपमा निर्धारण हुनु अघि प्रदान गरिएका सेवाहरूको लागि शुल्क सङ्कलन प्रक्रिया जारी राख्न सक्नेछ । तर बिरामी मास हेल्थ, हेल्थ कनेक्टरद्वारा सञ्चालित बीमाशुल्क सहायता भुक्तानी कार्यक्रम, चिल्ड्रेन्स मेडिकल सेक्युरिटी प्लान तथा मेडिकल हार्डशिपको कार्यक्रम मा योग्य ठहर भई दर्ता भएसकेपछि अस्पतालले उनीहरूको योग्यता सुरु हुनु अघि प्रदान गरिएका सेवाहरूको लागि सङ्कलन प्रक्रिया रोक्नेछ (यद्यपि को-पेमेन्ट र डिडक्टिबलहरू भने सङ्कलन गर्न सक्नेछ) ।

ङ. माथि उल्लिखित कार्यक्रमहरूमा सहभागी कुनै पनि बिरामी आफूले जिम्मेवारी लिन सहमति जनाएको अवस्थामा नसमेटिएका सेवाहरूका लागि बिलिङ गर्न अस्पताललाई पूर्व लिखित सहमति प्रदान गरेको छ भने अस्पतालले शुल्क सङ्कलन प्रक्रिया अघि बढाउन सक्नेछ । तर, यस्ता परिस्थितिमा पनि, चिकित्सकीय त्रुटिसँग सम्बन्धित दाबीहरू अथवा प्रशासनिक वा बिलिङसम्बन्धी त्रुटि भएकाले बिरामीको प्राथमिक बीमाकर्ताद्वारा अस्वीकार गरिएका दाबीहरूका लागि अस्पतालले बिरामीलाई बिल गर्न सक्दैन ।

४. विशेष शुल्क सङ्कलनसम्बन्धी कार्यहरू/प्रक्रियाहरू (ईसीएहरू)

क. अस्पतालले प्रदान गर्ने सुविधा - वित्तीय सहायता योजना (एफएपी) अन्तर्गत समेटिएका सेवाहरूका लागि कुनै व्यक्तिविरुद्ध बिल भुक्तानी प्राप्त गर्ने प्रावधान रहेको आन्तरिक राजस्व सेवा (आईआरएस) को धारा ५०१ (सी) (३) ले परिभाषित गरे अनुसार अस्पतालले कुनै पनि असाधारण सङ्कलन कार्यहरू (ईसीएसहरू) प्रयोग गर्दैन ।

ख. विशेषगरी, अस्पतालले निम्न कुराहरू गर्दैन:

१. कुनै व्यक्तिको ऋण अर्को पक्षलाई बेच्दैन
२. उपभोक्ता क्रेडिट रिपोर्टिङ एजेन्सीहरू वा क्रेडिट ब्यूरोहरू (सामूहिक रूपमा "क्रेडिट एजेन्सीहरू" भनिने) लाई कसैको बिषयमा प्रतिकूल जानकारी रिपोर्ट गर्ने कार्य;
३. अस्पतालको वित्तीय सहायता योजना (एफएपी) अन्तर्गत बिगतमा कभर गरिएको सेवाको एक वा बढी बिलहरू नतिरेको कारणले कुनै पनि व्यक्तिलाई आवश्यक चिकित्सकीय सेवा प्रदान गर्नु अघि उसको भुक्तानी स्थगित गर्ने, अस्वीकृत गर्ने, वा भुक्तानीको माग गर्ने कार्य;
४. कसैको सम्पत्तिमा कानूनी अधिकार स्थापित गर्ने कार्य;

५. कसैको वास्तविक सम्पत्तिमा दाबी गरी कब्जा गर्ने कार्य;
६. कसैको बैंक खाता वा अन्य व्यक्तिगत सम्पत्ति रोक्का वा जफत गर्ने कार्य;
७. कसैविरुद्ध फौजदारी कार्यवाही सुरु गर्ने कार्य;
८. कसैको गिरफ्तारी गराउने कार्य;
९. कसैलाई शारीरिकरूपमा आदेशको अधीन गराउने कार्य;
१०. कसैको तलबको अंश काट्ने कार्य;

ग. अस्पतालको सुविधाद्वारा कुनै दिवालियापन (बैंकरप्सी) को प्रक्रियामा दायर गरिएको दाबी असाधारण सङ्कलन प्रक्रिया (ईसीए) होइन ।

घ. तेस्रो पक्षले गर्दा भएको व्यक्तिगत चोट, जसको अस्पतालले उपचार प्रदान गरेको थियो, सो को क्षतिपूर्तिका लागि कुनै फैसला, सहमति वा सम्झौता अनुरूप कुनै व्यक्ति (वा उनको प्रतिनिधि) लाई प्रदान गरिएको रकम उपर राखिएको दाबीलाई असाधारण सङ्कलन प्रक्रिया (ईसीए) मानिँदैन ।

ङ. अस्पतालले बिरामीहरूको विरुद्ध असाधारण सङ्कलन प्रक्रियाको प्रयोग नगरे पनि बिरामीको क्रेडिट रेटिङ्ग पहिचान गरी उसको वित्तीय दायित्व पूरा गर्न सक्ने क्षमता निर्धारण गर्नका लागि क्रेडिट ब्यूरोको सेवाहरूको उपयोग गर्न सक्छ ।

च. उपयुक्त क्रममा क्रेडिटर्सको रूपमा आफ्नो अधिकार सुरक्षित गर्न (सेवा वापतको भुक्तानी गरेको अवस्थामा सम्बद्ध सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमहरूले पनि यस्तो कदम चाल्न सक्दछन्) बाहेक अन्य अवस्थामा अस्पताल र यसका एजेण्टहरूले दिवालियापन (बैंकरप्सी) प्रक्रियामा रहेका बिरामीसँग सम्बन्धित शुल्क सङ्कलन वा बिलिङ प्रक्रियालाई निरन्तरता दिने छैनन् । अस्पताल र यसका एजेण्टहरूले न्यून आय भएका बिरामी (लो इन्कम पेसेन्ट) को बक्यौता रकममा ब्याज पनि लगाउने छैनन् ।

छ. गम्भीर रिपोर्टयोग्य घटनाका (सिरियस रिपोर्टेबल इभेन्ट) कारणले, गम्भीर रिपोर्टयोग्य घटना सन्ध्याईएकाले, गम्भीर रिपोर्टयोग्य घटनाबाट उत्पन्न कुनै पछिल्लो जटिलताले, वा गम्भीर रिपोर्टयोग्य घटनासँग सम्बन्धित सेवाहरूको लागि सोही अस्पतालमा पुनः भर्ना हुनुपरेकाले भुक्तानी गर्नु नपर्ने विशेष सेवाहरूको सन्धर्भमा अस्पतालले बिलिङसम्बन्धी आवश्यक नियम अनुरूप कार्य गर्नुकासाथै सम्बन्धित राज्य र संघीय मापदण्डहरूको पालना गर्दछ । यदि उपचार गर्ने संस्था र गम्भीर रिपोर्टयोग्य घटनाका लागि जिम्मेवार संस्थाबीच साझा स्वामित्व वा साझा व्यावसायिक अभिभावकत्व छैन र यदि उक्त गम्भीर रिपोर्टयोग्य घटना अस्पतालमा घटेको होइन भने, माथि उल्लिखित आधारमा त्यसको भुक्तानी नगर्ने भनेर निर्धारण गर्न सकिँदैन ।

ज. अस्पतालको बिलिडसम्बन्धी प्रशासनिक त्रुटिका कारण बीमा कार्यक्रमद्वारा जसका दाबीहरू प्रारम्भिकरूपमा अस्वीकृत भएका थिए त्यस्ता न्यून आय भएका बिरामीहरूबाट पनि अस्पतालले हेल्थ सेफ्टी नेट कार्यक्रममार्फत कुनै भुक्तानीको माग गर्दैन ।

५. बाह्य सङ्कलन एजेन्सीहरू

क. अस्पतालले १२० दिनको निरन्तर सङ्कलन प्रयासपछि पनि समाधान नभएको बिरामीको दायित्वमा रहेको रकम लगायत केही खाताहरूको सङ्कलनमा मद्दत गर्न बाह्य सङ्कलन एजेन्सीसँग सम्झौता गर्न सक्छ । अस्पतालसँग सम्झौता गरेका सबै बाह्य सङ्कलन एजेन्सीहरूले बिरामीलाई आफ्नो बक्यौताको प्रतिवाद गर्न वा त्यसबारे उजुरी दर्ता गर्नका लागि अवसर प्रदान गर्नेछन्, जसलाई अस्पतालको बिरामी वित्तीय नेतृत्वसँग मिलेर समाधान गरिनेछ । कुनै पनि बाह्य सङ्कलन एजेन्सीलाई अनिवार्य रूपमा सबै संघीय र राज्यका उचित ऋण सङ्कलन मापदण्डको अनुपालन गर्नपर्ने अस्पतालको नियम छ ।

६. धरौटी तथा किस्ताबन्दी योजनाहरू

क. मासाचुसेट्स हेल्थ सेफ्टी नेटको नियमहरू अनुसार लागू हुने गरी, बिभिन्न बिरामीहरू: (१) जसलाई “न्यून आय भएका बिरामी” को रूपमा निर्धारण गरिएको छ, वा (२) जो मेडिकल हार्डशिपका लागि योग्य छन्, अस्पतालले उनीहरूको अभिलिखित वित्तीय अवस्थाका आधारमा धरौटी तथा भुक्तानीका योजनाबारे जानकारी प्रदान गर्नेछ ।

१. आपतकालीन सेवाहरू: आपतकालीन स्तरका सेवाहरू आवश्यक पर्ने या न्यून आय भएका बिरामीहरूबाट अस्पताललाई भर्नापूर्व र/वा उपचारपूर्वको धरौटी आवश्यक पर्दैन ।
२. न्यून आय भएका बिरामीहरू: न्यून आय भएका बिरामी भनेर निर्धारण भएकाहरूबाट अस्पतालले धरौटीको माग गर्दैन ।
३. मेडिकल हार्डशिप (चिकित्सकीय कठिनाई) भएका बिरामीहरू: मेडिकल हार्डशिप (चिकित्सकीय कठिनाई) का लागि योग्य ठहरिएकाहरूबाट अस्पतालले धरौटीको माग गर्दैन ।
४. मासाचुसेट्स हेल्थ सेफ्टी नेट कार्यक्रम अन्तर्गत न्यून आय भएका बिरामीहरूको भुक्तानी योजना: न्यून आय भएका बिरामीहरूको भुक्तानी योजनाहरूलाई अस्पतालले कुनै प्रतिबन्ध लगाउँदैन ।

५. कमनहेल्थ वान-टाईम डिडक्लिबल (कमनहेल्थ एकपटकको कटौती): बिरामीको अनुरोधमा, अस्पतालले न्यून आय भएका बिरामीलाई आवश्यक पर्ने कमनहेल्थ वान-टाईम डिडक्लिबल (कमनहेल्थ एकपटकको कटौती) पूरा गर्नका लागि बिल पठाउन सक्छ ।
६. अस्पताल अनुमोदित स्वास्थ्य केन्द्रमा प्रदान गरिएको सेवाका लागि मासाचुसेट्स हेल्थ सेफ्टी नेट कार्यक्रम अनुसार एचएसएन आंशिक न्यून आय भएका बिरामीहरूको भुक्तानी योजना:
- क) सीएचएले प्रत्येक पटक एचएसएन नेट भुक्तानीको सेवा शुल्कको पूर्ण रकम लिन्छ ।
- ख) एचएसएन आंशिक न्यून आय भएका बिरामीहरूलाई २०% कटौती सहित भुक्तानी गर्ने विकल्प प्रदान गरिंदैन ।