

## जमा और उगाही नीति विषय - सूची

| <u>खंड</u> | <u>शीर्षक</u>                                    |
|------------|--|
| A.         | रोगी वित्तीय संसाधन और बीमा कवरेज पर उगाही सूचना |
| B.         | अस्पताल बिलिंग और उगाही कार्य                    |
| C.         | उगाही गतिविधियों से मुक्त जनसंख्या               |
| D.         | आपातकालीन डूबंत ऋण                               |
| E.         | असाधारण उगाही पद्धतियां                          |
| F.         | बाह्य उगाही एजेंसीज                              |
| G.         | जमा और किस्त योजना                               |

## बेथ इज़राइल डेकोनेस मेडिकल सेंटर क्रेडिट एंड उगाही पॉलिसी

बेथ इज़राइल डेकोनेस मेडिकल सेंटर, इसके बाद BIDMC के रूप में लिखा जायेगा, का आंतरिक कर्तव्य है कि वे उन सेवाओं के लिए प्रतिपूर्ति की मांग करें जो उन रोगियों को प्रदान की गई हैं जो भुगतान करने में सक्षम हैं, जिम्मेदार तीसरे पक्ष के बीमाकर्ता जो रोगी की देखभाल की लागत को कवर करते हैं, और सहायता के अन्य कार्यक्रमों से जिसके लिए रोगी पात्र है। यह निर्धारित करने के लिए कि क्या कोई रोगी प्रदान की गई सेवाओं के लिए भुगतान करने में सक्षम है या वैकल्पिक बीमा विकल्प खोजने में रोगी की सहायता कर सकता है यदि वे बिना बीमा के या बीमाकृत हैं, तो अस्पताल बिलिंग से संबंधित निम्नलिखित मानदंडों का पालन करता है और रोगियों से एकत्रित करता है। रोगी और परिवार की व्यक्तिगत वित्तीय जानकारी प्राप्त करने में, अस्पताल लागू संघीय और राज्य की गोपनीयता, सुरक्षा और आईडी चोरी कानूनों के अनुसार सभी जानकारी रखता है। BIDMC जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, नागरिकता, अलगाव, धर्म, पंथ, लिंग, यौन अभिविन्यास, लिंग पहचान, आयु के आधार पर वित्तीय जानकारी के अधिग्रहण और सत्यापन से संबंधित नीतियों के अपने आवेदन में पूर्व-प्रवेश या पूर्व-उपचार जमा, भुगतान योजना, स्थगित या अस्वीकृत प्रवेश, कम आय रोगी की स्थिति जैसा कि मेडिकेड के मैसाचुसेट्स कार्यालय द्वारा निर्धारित किया गया है, यह निर्धारित करना कि एक मरीज कम आय वाला है, या बिलिंग और उगाही पदचि में भेदभाव नहीं करती है।

यह क्रेडिट और उगाही नीति बेथ इज़राइल डेकोनेस मेडिकल सेंटर और किसी भी इकाई पर लागू होती है जो अस्पताल के लाइसेंस या टैक्स आईडी नंबर का हिस्सा है।

### A. रोगी के वित्तीय संसाधन और बीमा कवरेज पर जानकारी एकत्रित करना

- a) BIDMC रोगी के साथ काम करेगा ताकि उन्हें निम्नलिखित महत्वपूर्ण जानकारी प्रदान करने के अपने कर्तव्य से अवगत करा सके: किसी भी स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के वितरण से पहले (आपातकालीन चिकित्सा स्थिति या तत्काल देखभाल सेवाओं की आवश्यकता के लिए निर्धारित रोगी को स्थिर करने के लिए प्रदान की जाने वाली सेवाओं को छोड़कर), रोगी का कर्तव्य है कि वह अपनी वर्तमान बीमा स्थिति, जनसांख्यिकीय जानकारी, अपने परिवार की आय में परिवर्तन या समूह बीमा कवरेज (यदि हो तो), पर समय पर और सही जानकारी प्रदान करे, और, यदि ज्ञात हो, कटौती योग्य या सह-भुगतान पर जानकारी जो उनके लागू बीमा या वित्तीय कार्यक्रम के लिए आवश्यक है। प्रत्येक विषय के लिए निम्न विस्तृत जानकारी शामिल होनी चाहिए, लेकिन यह केवल इनसे सीमित नहीं है:
  - i) पूरा नाम, पता, टेलीफोन नंबर, जन्मतिथि, सामाजिक सुरक्षा संख्या (यदि उपलब्ध हो), वर्तमान स्वास्थ्य बीमा कवरेज विकल्प, नागरिकता और निवास की जानकारी, और रोगी के लागू वित्तीय संसाधन जो उनके बिल का भुगतान करने के लिए उपयोग किए जा सकते हैं;
  - ii) यदि लागू हो, तो रोगी के गारंटर का पूरा नाम, उनका पता, टेलीफोन नंबर, जन्मतिथि, सामाजिक सुरक्षा नंबर (यदि उपलब्ध हो), वर्तमान स्वास्थ्य बीमा कवरेज विकल्प, और उनके लागू वित्तीय संसाधन जो रोगी के बिल का भुगतान करने के लिए उपयोग किए जा सकते हैं ; तथा
  - iii) अन्य संसाधन जो उनके बिल का भुगतान करने के लिए उपयोग किए जा सकते हैं, जिनमें अन्य बीमा कार्यक्रम, मोटर वाहन या घर के मालिक की बीमा पॉलिसी शामिल हैं यदि उपचार दुर्घटना, कार्यकर्ता के मुआवजे की योजना, छात्र बीमा पॉलिसियों और किसी अन्य पारिवारिक आय जैसे विरासत, उपहार के कारण होता है, या अन्य लोगों के बीच उपलब्ध विश्वास से वितरण।BIDMC रोगी को सलाह देगा कि उनके पास अपने अदत्त अस्पताल के बिलों पर नज़र रखना उनका कर्तव्य है, जिसमें किसी भी मौजूदा सह-भुगतान, सह-बीमा और कटौतियाँ शामिल हैं, और अस्पताल से संपर्क करके उन्हें कुछ या अपने पूरे बिल का भुगतान करने में सहायता की आवश्यकता है। अस्पताल अपनी आवश्यकता अनुसार रोगी को अपने वर्तमान स्वास्थ्य बीमाकर्ता (यदि उनके पास है) या राज्य की एजेंसी को सूचित करने की सलाह देगा, जिसने परिवार की आय या बीमा स्थिति में किसी भी परिवर्तन के सार्वजनिक कार्यक्रम में रोगी की पात्रता स्थिति निर्धारित की है। अस्पताल सार्वजनिक आय कार्यक्रम या बीमा स्थिति में कोई बदलाव होने पर सार्वजनिक कार्यक्रम में अपनी पात्रता को अपडेट करने में रोगी की सहायता भी कर सकता है, बशर्ते कि मरीज की पात्रता स्थिति में इस तरह के किसी भी बदलाव के बारे में अस्पताल सूचित करता हो।

BIDMC यह सुनिश्चित करने के लिए रोगी के साथ काम करेगी कि वे अस्पताल और लागू कार्यक्रम को सूचित करने के अपने कर्तव्य के बारे में जानते हैं जिसमें उन्हें सहायता प्राप्त हो रही है (जैसे, मास हेल्थ , कनेक्टर, स्वास्थ्य सुरक्षा नेट, या स्वास्थ्य सुरक्षा नेट मेडिकल हार्डशिप), किसी भी जानकारी परिवार की आय में बदलाव से संबंधित, या यदि वे बीमा दावे का हिस्सा हैं जो अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सेवाओं की लागत को कवर कर सकते हैं। यदि कोई तृतीय पक्ष है (जैसे, लेकिन घर या ऑटो बीमा या अन्य) जो किसी दुर्घटना या अन्य घटना के कारण देखभाल की लागत को कवर करने के लिए जिम्मेदार है, तो रोगी अस्पताल या लागू कार्यक्रम (मास हेल्थ, कनेक्टर, या स्वास्थ्य सुरक्षा नेट या अन्य के साथ काम करेगा) इस तरह की सेवाओं के लिए भुगतान या अदत राशि वसूल करने का अधिकार आवंटित करने के लिए।

BIDMC स्वास्थ्य सुरक्षा नेट कार्यालय या मास हेल्थ एजेंसी को सूचित करने के लिए अपने दायित्व के रोगी को सूचित करेगा जब रोगी किसी दुर्घटना में शामिल होता है, या किसी बीमारी या चोट से पीड़ित होता है, या अन्य नुकसान होता है या जिसके परिणाम स्वरूप मुकदमा या बीमा दावा हो सकता है। ऐसे मामलों में, रोगी को चाहिए -

- i. यदि उपलब्ध हो तो मुआवजे के लिए दावा दायर करें;
- ii. M.G.L. c.118E की सभी आवश्यकताओं के अनुपालन के लिए सहमत सहित, लेकिन केवल इससे सीमित नहीं:
  - a. किसी तृतीय पक्ष के खिलाफ किसी भी दावे या अन्य कार्यवाही की आय से प्रदान किए गए स्वास्थ्य सुरक्षा नेट भुगतान के बराबर राशि वसूल करने का अधिकार स्वास्थ्य सुरक्षा नेट कार्यालय को सौंपना;
  - b. दावे या किसी अन्य कार्यवाही के बारे में जानकारी प्रदान करें, और स्वास्थ्य सुरक्षा नेट कार्यालय या इसके निर्दिष्ट के साथ पूरी तरह से सहयोग करें, जब तक कि स्वास्थ्य सुरक्षा नेट कार्यालय निर्धारित नहीं करता है कि सहयोग सबसे अच्छे हित में नहीं होगा, या रोगी को गंभीर नुकसान या भावनात्मक हानि न हो रही हो
  - c. किसी भी दावे, नागरिक कार्रवाई या अन्य कार्यवाही को दर्ज करने के दस दिनों के भीतर स्वास्थ्य सुरक्षा नेट या मास हेल्थ एजेंसी को लिखित रूप में सूचित करें, और
  - d. स्वास्थ्य सुरक्षा नेट भुगतान के प्रयोजनों के लिए निम्न आय रोगी बनने के बाद दुर्घटना या अन्य घटना के बाद प्रदान की गई सभी योग्य सेवाओं के लिए किसी तीसरे पक्ष से प्राप्त धन से स्वास्थ्य सुरक्षा नेट को दिया जायेगा, बशर्ते कि दुर्घटना या अन्य घटना के परिणाम स्वरूप प्रदान किए गए केवल स्वास्थ्य सुरक्षा नेट भुगतानों को चुकाया जाएगा।

b) अस्पताल के दायित्व:

BIDMC अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए कवरेज को सत्यापित करने के लिए रोगी के बीमा और अन्य जानकारी एकत्र करने के लिए सभी उचित और हर संभव प्रयास करेगा। ये प्रयास किसी सेवा के लिए अस्पताल के स्थान पर रोगी के प्रारंभिक स्वयं के पंजीकरण के दौरान हो सकते हैं, या अन्य समय पर हो सकते हैं। इसके अलावा, अस्पताल रोगी को उपलब्ध सार्वजनिक सहायता या अस्पताल की वित्तीय सहायता कार्यक्रम के माध्यम से कवरेज विकल्पों की उपलब्धता के बारे में सूचित करेगा, जिसमें मास हेल्थ के माध्यम से कवरेज शामिल है, स्वास्थ्य कनेक्टर, बच्चों के चिकित्सा सुरक्षा कार्यक्रम, स्वास्थ्य सुरक्षा द्वारा संचालित प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम नेट, या स्वास्थ्य सुरक्षा नेट मेडिकल कठिनाई, बिलिंग चालान में जो रोगी या रोगी के गारंटर को सेवाओं की डिलीवरी के बाद भेजा जाता है। इसके अलावा, अस्पताल मौजूदा सार्वजनिक या निजी वित्तीय सत्यापन प्रणालियों के माध्यम से अपना यथोचित प्रयास करेगा, यह निर्धारित करने के लिए कि क्या यह सार्वजनिक या निजी बीमा कवरेज के लिए रोगी की पात्रता स्थिति की पहचान करने में सक्षम है। अस्पताल किसी भी गैर-आकस्मिक और गैर-जरूरी स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदान से पहले ऐसी जानकारी एकत्र करने का प्रयास करता है। अस्पताल यह जानकारी प्राप्त करने के प्रयास में विलम्ब कर सकता है, जब मरीज को आपातकालीन चिकित्सा या तत्काल देखभाल सेवाओं की आवश्यकता हो।

BIDMC के प्रयासों में शामिल होंगा, लेकिन यह सीमित नहीं है, रोगी की बीमा स्थिति के बारे में जानकारी का प्राप्त करने और किसी भी उपलब्ध सार्वजनिक या निजी बीमा डेटा बेस की जांच करना। BIDMC सभी कवर की गई सेवाओं के लिए तृतीय पक्ष के भुगतान कर्ताओं से भुगतान मांगेगा और बीमा कर्ता की बिलिंग और प्राधिकरण आवश्यकताओं का पालन करेगा। BIDMC किसी भी अस्वीकृत दावे की अपील करेगा, जब सेवा किसी ज्ञात तृतीय पक्ष बीमा कंपनी द्वारा पूरी या आंशिक रूप से देय हो, जो रोगी की देखभाल की लागतों के लिए जिम्मेदार हो सकती है। जब भी संभव हो, BIDMC अपने रोगी की बीमा योजना के प्रतिकूल निर्णय के खिलाफ अपील में सहायता करेगा, यह पहचानते हुए कि बीमा योजना को अक्सर रोगी द्वारा इन अपील की आवश्यकता होती है। जब अस्पताल के पंजीकरण या प्रवेश स्टाफ को रोगी द्वारा सूचित किया जाता है, तो वे रोगी के साथ यह सुनिश्चित करने के लिए भी काम करेंगे कि उपयुक्त सार्वजनिक कार्यक्रमों में प्रासंगिक जानकारी

साझा की जाए, जैसे कि परिवार की आय या बीमा स्थिति में कोई भी बदलाव, जिसमें कोई मुकदमा या बीमा दावा शामिल है जो अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की लागत को कवर कर सकते हैं।

यदि रोगी या गारंटर / अभिभावक आवश्यक जानकारी प्रदान करने में असमर्थ है, और रोगी सहमति देता है, तो अस्पताल अतिरिक्त जानकारी के लिए रिश्तेदारों, दोस्तों, गारंटर / संरक्षक और / या अन्य उपयुक्त तीसरे पक्ष से संपर्क करने के लिए उचित प्रयास करेगा।

BIDMC के यथोचित प्रयासों से यह जांचने के लिए कि क्या अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की लागत को कवर करने के लिए कोई तृतीय पक्ष बीमा या अन्य संसाधन जिम्मेदार हो सकते हैं, रोगी से यह पता करने में की दावों की लागत कवर करने के लिए कोई पॉलिसी उपलब्ध है, जिसमें शामिल है:

(1) मोटर वाहन या गृह स्वामी की देयता नीति, (2) सामान्य दुर्घटना या व्यक्तिगत चोट सुरक्षा नीति, (3) कार्यकर्ता मुआवजा कार्यक्रम, और (4) छात्र बीमा पॉलिसियाँ और अन्य। यदि अस्पताल एक उत्तरदायी तीसरे पक्ष की पहचान करने में सक्षम है या उसने किसी तीसरे पक्ष या किसी अन्य संसाधन (एक निजी बीमाकर्ता या किसी अन्य सार्वजनिक कार्यक्रम से) से भुगतान प्राप्त किया है, तो अस्पताल लागू कार्यक्रम के लिए भुगतान की रिपोर्ट करेगा और इसे ऑफ सेट करेगा, यदि तृतीय पक्ष या अन्य संसाधन द्वारा भुगतान किए गए किसी भी दावे के खिलाफ कार्यक्रम के दावों की प्रसंस्करण आवश्यकताओं के अनुसार लागू हो सकता है। राज्य की सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमों के लिए, जिन्होंने वास्तव में सेवाओं की लागत के लिए भुगतान किया है, अस्पताल को सेवाओं के तीसरे पक्ष के कवरेज के लिए रोगी के अधिकार पर असाइनमेंट को सुरक्षित करने की आवश्यकता नहीं है। इन मामलों में, रोगी को पता होना चाहिए कि लागू राज्य कार्यक्रम रोगी को प्रदान की जाने वाली सेवाओं की लागत पर असाइनमेंट लेने का प्रयास कर सकता है।

#### B. अस्पताल बिलिंग और उगाही कार्य

BIDMC के पास मरीजों को प्रस्तुत दावों को प्रस्तुत करने और एकत्र करने के लिए एक समान और सुसंगत प्रक्रिया है, चाहे उनकी बीमा स्थिति कुछ भी हो। विशेष रूप से, यदि रोगी के पास एक मौजूदा अदत्त शेष है जो रोगी को प्रदान की गई सेवाओं से संबंधित है और सार्वजनिक या निजी कवरेज विकल्प द्वारा कवर नहीं किया गया है, तो अस्पताल निम्नलिखित उचित उगाही / बिलिंग प्रक्रियाओं का पालन करेगा, जिसमें शामिल हैं:

- रोगी या रोगी के व्यक्तिगत वित्तीय दायित्वों के लिए जिम्मेदार पार्टी को भेजा गया एक प्रारंभिक बिल; प्रारंभिक बिल में वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में जानकारी शामिल होगी (सहित, लेकिन सीमित नहीं मास हेल्थ, प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम स्वास्थ्य कनेक्टर द्वारा संचालित है, बच्चों का मेडिकल सुरक्षा कार्यक्रम, स्वास्थ्य सेफ्टी नेट और स्वास्थ्य सेफ्टी नेट मेडिकल समस्या) अस्पताल के बिल की लागत को कवर करने के लिए;
- बाद के बिल, टेलीफोन कॉल, उगाही पत्र, व्यक्तिगत संपर्क नोटिस, कंप्यूटर सूचनाएं, या कोई अन्य अधिसूचना विधि जो पार्टी के बिना भुगतान के बिल के लिए जिम्मेदार से संपर्क करने का वास्तविक प्रयास करती है, जिसमें यह भी जानकारी शामिल होगी कि रोगी अस्पताल से कैसे संपर्क कर सकता है। यदि उन्हें वित्तीय सहायता की आवश्यकता हो तो;
- यदिसंभव हो तो, डाक सेवा द्वारा "गलत पता" या "बैरंग वापस" लौटाए गए बिलों पर सही दायित्व या सही पते के लिए वैकल्पिक प्रयासों के प्रलेखन;
- बिना बीमा के रोगियों के लिए प्रमाणित मेल से अंतिम सूचना भेजना (जो लोग स्वास्थ्य सेफ्टी नेट या मास हेल्थ जैसे कार्यक्रम में नामांकित नहीं कर रहे हैं), जिन पर इमरजेंसी लेवल सेवाओं पर \$ 1,000 से अधिक अशोध्य कर्ज है द्वारा एक अंतिम नोटिस भेजा जा रहा है केवल, जहां नोटिस "गलत पता" या "बैरंग वापस" नहीं आये हैं, और संचार में वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में रोगियों को भी सूचित करना;
- निरंतर बिलिंग या वसूली कार्यवाही सेवा की तारीख से 120 दिनों के लिए किए गए दस्तावेज बनाए रखना और इन प्रयासों को सत्यापित करने के लिए लागू संधीय और / या राज्य कार्यक्रम के लिए उपलब्ध करवाना; और
- मैसाचुसेट्स पात्रता सत्यापन सिस्टम (EVS) की जाँच करना कि मरीज एक निम्न आय रोगी नहीं है और उसने मास हेल्थ या प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम स्वास्थ्य कनेक्टर, बच्चों के चिकित्सा सुरक्षा कार्यक्रम, स्वास्थ्य सुरक्षा नेट, या स्वास्थ्य सुरक्षा नेट मेडिकल के लिए कवरेज के लिए कोई आवेदन प्रस्तुत नहीं किया है
- उन सभी रोगियों के लिए जो एक सार्वजनिक सहायता कार्यक्रम में नामांकित हैं, BIDMC केवल उन रोगियों को विशिष्ट सह-भुगतान, सह-बीमा, या कटौती योग्य के लिए बिल देगा जो कि लागू राज्य विनियमों में उल्लिखित हैं और जिसे राज्य मेडीकेड प्रबंधन सूचना प्रणाली पर इंगित किया जा सकता है।

BIDMC उन रोगियों के लिए एक निर्दिष्ट भुगतान की तलाश करेगा जो मैसाचुसेट्स राज्य सार्वजनिक सहायता कार्यक्रम में नामांकन के लिए अर्हता प्राप्त नहीं करते हैं, जैसे कि राज्य के बाहर के निवासी, लेकिन जो अन्य राज्य सार्वजनिक सहायता कार्यक्रम की सामान्य वित्तीय पात्रता श्रेणियों को पूरा कर

सकते हैं। इन रोगियों के लिए, BIDMC रोगीको सूचित करेगा यदि ऐसे अतिरिक्त संसाधन रोगी की आय और अन्य मानदंडों के आधार पर उपलब्ध हैं, जैसा कि अस्पताल की वित्तीय सहायता नीति में उल्लिखित है।

BIDMC की वित्तीय सहायता नीति के अनुसार, रोगी BIDMC की वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो सकते हैं।

#### C. उगाही गति विधियों से मुक्त जनसंख्या

निम्नलिखित रोगी आबादी को राज्य के नियमों और नीतियों के अनुसार किसी भी उगाही या बिलिंग प्रक्रियाओं से छूट दी जाती है: सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम में नामांकित मरीजों, जिनमें मास हेल्थ, आपातकालीन सहायता से बुजुर्ग, विकलांग और बच्चे (EAEDC) तक सीमित नहीं हैं; बच्चों की चिकित्सा सुरक्षा योजना (CMSP), अगर MAGI आय 300% FPL के बराबर या उससे कम है; मास-हेल्थ और हेल्थ सेफ्टी नेट द्वारा निर्धारित कम आय वाले मरीज, जिनमें MAGI घरेलू आय या हेल्थ सेफ्टी नेट मेडिकल हार्डशिप फैमिली काउंटेबल इनकम 150.1 से 300% FPL के बीच है; और स्वास्थ्य सुरक्षा नेट मेडिकल हार्डशिप, निम्नलिखित अपवादों के अधीन:

- BIDMC अपने आवश्यक सह-भुगतान और कटौती के लिए उपरोक्त कार्यक्रमों में नामांकित किसी भी रोगी के खिलाफ उगाही की कार्रवाई कर सकता है जो प्रत्येक विशिष्ट कार्यक्रम द्वारा निर्धारित किए जाते हैं;
- BIDMC एक रोगी के लिए बिलिंग या उगाही भी शुरू कर सकती है, जो आरोप लगाता है कि वह एक वित्तीय सहायता कार्यक्रम में भागीदार है जो अस्पताल सेवाओं की लागत को कवर करता है, लेकिन इस तरह की भागीदारी का प्रमाण देने में विफल रहता है। संतोषजनक प्रमाण प्राप्त होने पर कि मरीज किसी वित्तीय सहायता कार्यक्रम में भागीदार है, (हस्ताक्षरित रसीद की रसीद या सत्यापन सहित) BIDMC अपनी बिलिंग या उगाही गतिविधियों को रोक देगा;
- BIDMC कम आय रोगी निर्धारण से पहले प्रदान की गई सेवाओं के लिए किसी भी कम आय वाले रोगी पर उगाही की कार्रवाई जारी रख सकती है, बशर्ते कि वर्तमान निम्न आय रोगी की स्थिति को समाप्त कर दिया गया हो, समाप्त हो गया हो, या अन्यथा राज्य पात्रता सत्यापन प्रणाली या मेडिकेड प्रबंधन सूचना प्रणाली पर पहचाना न गया हो। हालांकि, एक बार जब कोई मरीज निर्धारित हो जाता है और मास हेल्थ में नामांकित हो जाता है, तो हेल्थ कनेक्टर, चिल्ड्रन मेडिकल सिस्कोरिटी प्लान या हेल्थ सेफ्टी नेट मेडिकल हार्डशिप द्वारा संचालित प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम, BIDMC सेवाओं के लिए उगाही गतिविधि को बंद कर देगा (किसी भी सह भुगतान और कटौती के अपवाद के साथ) उनकी पात्रता की शुरुआत से पहले प्रदान किए गए।
- BIDMC असम्मिलित सेवाओं के लिए ऊपर सूची-बद्ध कार्यक्रमों में भाग लेने वाले रोगियों में से किसी के खिलाफ उगाही की मांग कर सकती है, जिसके लिए रोगी जिम्मेदार है, बशर्ते कि अस्पताल ने ऐसी सेवा के लिए रोगी की पूर्व लिखित सहमति प्राप्त की हो। हालांकि, इन परिस्थितियों में भी, BIDMC रोगी को चिकित्सा त्रुटियों से संबंधित दावों या रोगी के प्राथमिक बीमा कर्ता द्वारा प्रशासनिक या बिलिंग त्रुटि के कारण निरस्त बिलों से इनकार नहीं करेगा।
- रोगी के अनुरोध पर, BIDMC रोगी को 130 CMR506.009 में वर्णित आवश्यक कॉमन हेल्थ एक बार कटौती लेने के लिए कम आय वाले रोगी को बिल पेश कर सकता है।

#### D. आपातकालीन खराब ऋण

BIDMC 101 CMR 613.06 (2) में परिभाषित आपातकालीन खराब ऋण के लिए दावे प्रस्तुत करेगा। BIDMC कटौती योग्य या सह-बीमा के हिस्से के लिए एक दावा प्रस्तुत नहीं करेगा, जिसके लिए एक बीमित रोगी या निम्न आय रोगी जिम्मेदार है।

- रोगी सेवाओं के लिए -BIDMC वित्तीय परामर्शदाता मरीज को छुट्टी देने के समय या आवश्यक होने पर रोगी या गारंटर से भुगतान की जिम्मेदारी निर्धारित करने के लिए वित्तीय जानकारी प्राप्त करने के लिए उचित प्रयास करेंगे। यदि रोगी या गारंटर / अभिभावक आवश्यक जानकारी प्रदान करने में असमर्थ है, और रोगी सहमति देता है, तो अस्पताल अतिरिक्त जानकारी के लिए रिश्तेदारों, दोस्तों, गारंटर / संरक्षक और / या अन्य उपयुक्त तीसरे पक्ष से संपर्क करने के लिए उचित प्रयास करेगा।
- आपातकालीन और बाहरी रोगी सेवाओं के लिए, BIDMC पंजीकरण कर्मचारी रोगी या गारंटर से भुगतान की जिम्मेदारी निर्धारित करने के लिए वित्तीय जानकारी प्राप्त करने के लिए जल्द से जल्द उचित प्रयास करेंगे।

#### E. असाधारण उगाही क्रियाएँ

- a) BIDMC उस समय तक कोई भी "असाधारण उगाही कार्रवाई" नहीं करेगा जब तक कि उसने उचित प्रयास नहीं किए हैं और रोगी की वित्तीय स्थिति की उचित समीक्षा और वित्तीय सहायता के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए आवश्यक अन्य जानकारी की समीक्षा करेगा जो यह निर्धारित करेगा कि मरीज वित्तीय सहायता का हकदार है या क्रेडिट और उगाही नीति के तहत किसी भी उगाही या बिलिंग गतिविधियों से छूट का पात्र है। मुख्य वित्तीय अधिकारी के पास यह निर्धारित करने का अंतिम अधिकार है कि BIDMC ने यह निर्धारित करने के लिए उचित प्रयास किए हैं कि क्या कोई व्यक्ति BIDMC की वित्तीय सहायता नीति के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है, और इसलिए इस तरह के व्यक्ति के खिलाफ एक असाधारण उगाही कार्रवाई में संलग्न कर सकते हैं। BIDMC किसी भी और सभी दस्तावेज़ीकरण का उपयोग करेगी जो अस्पताल के लागू रिकॉर्ड प्रतिधारण नीति के अनुसार इस निर्धारण में उपयोग किया गया था।
- b) BIDMC एक वित्तीय सहायता नीति के तहत एक मरीज को संपूर्ण "आवेदन अवधि" के लिए वित्तीय सहायता नीति के तहत आवेदन स्वीकार और संसाधित करेगा। "आवेदन की अवधि" देखभाल शुरू होने की तारीख पर होती है और 240 वें दिन के बाद समाप्त होती है, देखभाल के लिए पहला पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट प्रदान किया जाता है, निम्न विशेष अतिरिक्त आवश्यकताओं के अधीन है। आवेदन की अवधि 30 दिनों से पहले समाप्त नहीं होती है जब अस्पताल रोगी को नीचे वर्णित 30-दिन का नोटिस प्रदान करता है। ऐसे रोगी के मामले में, जिसे वित्तीय सहायता नीति के तहत सबसे उदार सहायता से कम योग्य माना गया है, रोगी को अधिक उदार वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के लिए उचित अवधि समाप्त होने से पहले आवेदन समाप्त नहीं होता है, जैसा कि नीचे वर्णित है।
- c) असाधारण उगाही कार्यों में शामिल हैं:
- मरीज का कर्ज दूसरे पक्ष को बेचना (सिवाय इसके कि नीचे दी गई विशेष आवश्यकताएं पूरी हों);
  - क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों या क्रेडिट ब्यूरो को रिपोर्ट करना;
  - अस्पताल की वित्तीय सहायता नीति के तहत पहले से कवर किए गए देखभाल के एक या एक से अधिक बिलों की गैर-भुगतान के कारण चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल टालना, अस्वीकार करना या पहले भुगतान मांगना (इसे पहले प्रदान की गई सेवा के लिए एक असाधारण उगाही कार्रवाई माना जाता है)
  - जिन क्रियाओं को कानूनी या न्यायिक प्रक्रिया की आवश्यकता होती है, उनमें शामिल हैं:
    - रोगी की संपत्ति पर ग्रहणाधिकार रखना;
    - असली संपत्ति पर कब्जा करना;
    - बैंक खाते या किसी अन्य व्यक्तिगत संपत्ति को संलग्न करना या जब्त करना;
    - एक मरीज के खिलाफ एक सिविल कार्रवाई शुरू करना;
    - जिससे मरीज की गिरफ्तारी हो सके;
    - जिससे रोगी को शरीर की आसक्ति के कारण हो सकता है; और
    - मरीजों की मजदूरी जब्त करना।
  - BIDMC किसी अन्य पक्ष को एक रोगी की ऋण की बिक्री को एक असाधारण उगाही कार्रवाई के रूप में मानेगा जब तक कि अस्पताल ऋणदाता के खरीदार के साथ एक अनिवार्य लिखित समझौते में प्रवेश नहीं करता है जो (i) क्रेता को देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने के लिए किसी भी असाधारण उगाही कार्यों में संलग्न होने से रोक दिया जाता है; (ii) क्रेता को लागू IRS अंडर पेमेंट दर से अधिक दर पर ऋण पर ब्याज लेने से प्रतिबंधित किया जाता है; (iii) अस्पताल द्वारा यह निर्धारित करने पर कि रोगी आर्थिक सहायता के लिए पात्र है, ऋण वापस किया जा सकता है; और (iv) अगर रोगी आर्थिक सहायता के लिए पात्र पाया जाता है और ऋण अस्पताल द्वारा नहीं लोटाया या वापस लिया जाता है तो, क्रेता को उन प्रक्रियाओं का पालन करना आवश्यक है जो यह सुनिश्चित करते हैं कि रोगी खरीददार को वित्तीय सहायता नीति के तहत अपनी जिम्मेदारी से अधिक का भुगतान न करे।
- v) असाधारण उगाही कार्यों में किसी अन्य रोगी के खिलाफ देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने के लिए की गई कार्रवाइयां शामिल हैं जिसने देखभाल के लिए रोगी के अस्पताल के बिल के लिए जिम्मेदारी स्वीकार कर ली है या आवश्यक है।
- d) BIDMC अस्पताल द्वारा देखभाल के लिए पहली पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग स्टेटमेंट प्रदान करने की तारीख से कम से कम 120 दिनों की अवधि के लिए किसी भी मरीज के खिलाफ किसी भी असाधारण उगाही कार्रवाई शुरू करने से बचेगा; सिवाय इसके कि नीचे बताए गए गैर-भुगतान की वजह से विशेष आवश्यकताएं लागू करने या चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल से इनकार करने पर लागू होती हैं।
- e) उपरोक्त वर्णित 120-दिवसीय अवधि के लिए किसी भी असाधारण उगाही कार्यों को शुरू करने से परहेज करने के अलावा, निम्नलिखित तरीके से अपनी वित्तीय सहायता नीति के रोगी को सूचित करने के बाद BIDMC कम से कम 30 दिनों की अवधि के लिए किसी भी असाधारण उगाही कार्रवाई शुरू करने से बचेगा: अस्पताल (i) रोगी को एक लिखित सूचना प्रदान करता है जो इंगित करता है कि पात्र रोगियों के लिए वित्तीय सहायता उपलब्ध है, उस असाधारण उगाही क्रियाओं की पहचान करता है जिसे अस्पताल (या अन्य अधिकृत पार्टी) देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने के लिए आरंभ करने का इरादा रखती है, और उस समय-सीमा के बारे में बताता है, जिसके बाद असाधारण उगाही कार्रवाई शुरू की जा सकती है, जो लिखित सूचना प्रदान करने की तारीख से 30 दिन पहले नहीं हो; (ii) रोगी को वित्तीय सहायता नीति सादी



भाषा में सारांश प्रदान करता है; और (iii) मौखिक रूप से रोगी को वित्तीय सहायता नीति और वित्तीय सहायता नीति आवेदन प्रक्रिया से सहायता कैसे प्राप्त कर सकता है के बारे में सूचित करने का एक उचित प्रयास करता है; सिवाय इसके की विशेष आवश्यकताएं जो आवश्यक चिकित्सीय देखभाल को टालने या अस्वीकार करने पर लागू होती है जैसा कि नीचे वर्णित है।

- f) BIDMC इस घटना में निम्नलिखित विशेष आवश्यकताओं को पूरा करेगा कि यह पूर्व देखभाल के लिए गैर-भुगतान के कारण देखभाल या बचाव से इनकार करता है जो वित्त-पोषण सहायता के लिए पात्र था। अस्पताल ऊपर वर्णित 30 दिनों के नोटिस से कम प्रदान कर सकता है यदि वह रोगी को वित्तीय सहायता आवेदन पत्र प्रदान करता है और पात्र रोगियों के लिए वित्तीय सहायता का संकेत देने वाला एक लिखित नोटिस देता है। लिखित सूचना एक समय सीमा बताएगी जिसके बाद अस्पताल अब वित्तीय सहायता के लिए आवेदन स्वीकार नहीं करेगा और न प्रक्रिया करेगा, जो पहले लिखित सूचना पहले प्रदान की गई तारीख के 30 दिन बाद या आवेदन की अवधि के अंत से पहले नहीं होगा। यदि मरीज समय सीमा से पहले एक आवेदन जमा करता है, तो अस्पताल आवेदन को शीघ्रता से संसाधित करेगा।
- g) यदि कोई मरीज आवेदन की अवधि के दौरान अस्पताल की वित्तीय सहायता नीति के तहत वित्तीय सहायता के लिए एक पूर्ण या अपूर्ण आवेदन प्रस्तुत करता है, BIDMC देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने के लिए किसी भी असाधारण उगाही कार्यों को निलंबित कर देगी। इस तरह की घटना में, अस्पताल तब तक पहल नहीं करेगा, या पहले तक किसी भी असाधारण उगाही पर आगे की कार्रवाई नहीं करेगा जब तक (i) अस्पताल ने निर्धारित कर ले कि क्या रोगी वित्तीय सहायता नीति के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है या (ii) वित्तीय सहायता के लिए अपूर्ण आवेदन के मामले में, रोगी समय की उचित अवधि के भीतर अतिरिक्त जानकारी और / या दस्तावेज देने में विफल रहा है। BIDMC आगे की कार्रवाई भी करेगा, जो इस बात पर निर्भर करता है कि आवेदन पूर्ण या अपूर्ण है, जैसा कि नीचे वर्णित है।
- h) इस स्थिति में कि एक मरीज आवेदन की अवधि के दौरान वित्तीय सहायता के लिए एक पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करता है, BIDMC यह निर्धारित करेगी कि क्या रोगी वित्तीय सहायता के लिए पात्र है। यदि अस्पताल निर्धारित करता है कि रोगी निःशुल्क देखभाल के अलावा सहायता के लिए पात्र है, तो अस्पताल (i) रोगी को एक बिलिंग स्टेटमेंट प्रदान करे जो रोगी को वित्तीय सहायता और राज्यों के लिए पात्र रोगी के रूप में देख-भाल के लिए बकाया राशि को इंगित करता है, or या वर्णन करे कि रोगी किस तरह से आम तौर पर देखभाल के लिए राशि संबंधित जानकारी प्राप्त कर सकता है, (ii) देखभाल के लिए भुगतान प्राप्त करने के लिए रोगी के खिलाफ की गई किसी भी असाधारण उगाही कार्रवाई (पूर्व में प्रदान की गई देखभाल के लिए रोगी के पूर्व बिलों की गैर-भुगतान की वजह से मरीज की वित्तीय सहायता के लिए पात्र होने के कारण चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल, ऋण देने और बेचने या इनकार करने या भुगतान करने की आवश्यकता के अलावा) को उलटने के लिए सभी उचित उपाय करें। ऐसी असाधारण उगाही कार्रवाई को उलटने के लिए उचित उपायों में किसी भी निर्णय को खाली करने, किसी लेवी या ग्रहणाधिकार को उठाने और रोगी की क्रेडिट रिपोर्ट से किसी भी प्रतिकूल जानकारी को हटाने के उपाय शामिल होंगे जो किसी उपभोक्ता रिपोर्टिंग एजेंसी या क्रेडिट ब्यूरो को सूचित किया गया था।
- i) इस स्थिति में कि मरीज आवेदन की अवधि के दौरान वित्तीय सहायता के लिए अपूर्ण आवेदन प्रस्तुत करता है, अस्पताल अतिरिक्त रूप से रोगी को लिखित सूचना देगा जो वित्तीय सहायता नीति के तहत आवश्यक अतिरिक्त जानकारी और / या दस्तावेज का वर्णन करता है और जिसमें संपर्क की जानकारी शामिल हो।
- j) BIDMC रोगी द्वारा प्रदान की गई जानकारी के आधार पर अपने अनुमान से पहले से यह निर्धारित कर सकती है कि कोई रोगी वित्तीय सहायता नीति के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र है। इस घटना में कि एक मरीज को वित्तीय सहायता नीति के तहत उपलब्ध सबसे उदार सहायता से कम के लिए पात्र होना निर्धारित होता है, तो अस्पताल : (i) रोगी को अनुमानित पात्रता निर्धारण और वित्तीय सहायता नीति के तहत उपलब्ध अधिक उदार सहायता के लिए आवेदन करने के तरीके के बारे में सूचित करें; (ii) रियायती राशि बकाया प्राप्त करने के लिए असाधारण उगाही कार्रवाई शुरू करने से पहले रोगी को अधिक सहायता के लिए आवेदन करने की उचित अवधि दें; और (iii) यदि मरीज आवेदन अवधि के दौरान अधिक वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए एक पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करता है, निर्धारित करें कि क्या रोगी अधिक उदार छूट के लिए पात्र है।
- k) BIDMC कम आय वाले रोगी या उनके गारंटर की आय को जब्त नहीं करेगा या निम्न आय रोगी के या उनके गारंटर के व्यक्तिगत निवास या मोटर वाहन पर कब्जा नहीं करेगा जब तक: (1) अस्पताल दिखा सकता है रोगी या उनके गारंटर में भुगतान करने की क्षमता है, (2) रोगी / गारंटर ने सूचना के लिए अस्पताल के अनुरोधों का जवाब नहीं दिया या रोगी / गारंटर ने अस्पताल के साथ सहयोग करने से इनकार कर दिया, ताकि उपलब्ध सहायता की मांग की जा सके, और (3) ग्रहणाधिकार के प्रयोजनों के लिए, इसे अस्पताल के ट्रस्टी बोर्ड द्वारा मरीज के मामले पर केस के आधार पर स्वीकृत किया गया था।
- l) BIDMC और उसके एजेंट किसी ऐसे मरीज से संबंधित उगाही या बिलिंग के प्रयासों को जारी नहीं रखेंगे, जो दिवालियापन की कार्यवाही का सदस्य है, उचित आदेश में एक लेनदार के रूप में अपने अधिकारों को सुरक्षित करने के अलावा (सेवाओं के लिए भुगतान किए गए लागू सार्वजनिक सहायता कार्यक्रम द्वारा भी इसी तरह की कार्रवाई की जा सकती है)। अस्पताल और उसके एजेंट भी कम आय वाले रोगी के लिए या अस्पताल के स्वयं के आंतरिक वित्तीय सहायता कार्यक्रम के माध्यम से कवरेज के मानदंडों को पूरा करने वाले रोगियों के लिए बकाया शेष पर ब्याज नहीं लेंगे।

- m) BIDMC लागू बिलिंग आवश्यकताओं का अनुपालन करता है और लागू सेवाओं और गैर-विशिष्ट सेवाओं के लिए गैर-भुगतान से संबंधित राज्य और संघीय आवश्यकताओं का पालन करता है, जो सीधे या किसी गंभीर रिपोर्टिंग इवेंट (SRE) से संबंधित होते हैं, SRE का सुधार, SRE से बाद में आने वाली जटिलता, या SRE से जुड़ी सेवाओं के लिए उसी अस्पताल में दुबारा आना। अस्पताल में नहीं होने वाली SRE को गैर-भुगतान के इस निर्धारण से बाहर रखा जाता है जब तक कि उपचार की सुविधा और SRE के लिए जिम्मेदार सुविधा के पास सामान्य स्वामित्व या एक सामान्य कॉर्पोरेट स्वामित्व न हो। अस्पताल स्वास्थ्य सुरक्षा नेट कार्यक्रम के माध्यम से कम आय वाले रोगी से भुगतान भी नहीं मांगता है, जिनके दावों को अस्पताल द्वारा प्रशासनिक बिलिंग त्रुटि के कारण बीमा कार्यक्रम द्वारा शुरू में अस्वीकार कर दिया गया हो।

#### F. बाह्य उगाही एजेंसियों

BIDMC कुछ संग्रहित खातों के उगाही में सहायता करने के लिए बाहरी उगाही एजेंसियों के साथ अनुबंध कर सकती है, जिसमें 120 दिनों की निरंतर उगाही क्रियाओं के बाद भी मरीज की जिम्मेदार राशि का भुगतान नहीं किया गया है। अस्पताल बाहरी उगाही एजेंसियों के साथ बाध्यकारी अनुबंध भी कर सकता है। ऋण की बिक्री की अनुमति देने वाले ऐसे किसी भी अनुबंध को एक असाधारण उगाही कार्रवाई के रूप में नहीं माना जाता है जो ऊपर वर्णित आवश्यकताओं को पूरा करेगा। अन्य सभी मामलों में, यदि अस्पताल किसी अन्य पार्टी को किसी रोगी के ऋण को बेचता या सौंपता है, दूसरे पक्ष के साथ समझौते को यथोचित रूप से यह सुनिश्चित करने के लिए डिज़ाइन किया जाएगा कि कोई भी असाधारण उगाही कार्रवाई नहीं की जाएगी, जब तक कि यह निर्धारित करने के लिए उचित प्रयास नहीं किए गए हो कि रोगी वित्तीय सहायता के लिए योग्य है, निम्नलिखित सहित: (i) यदि कोई मरीज आवेदन की अवधि समाप्त होने से पहले एक आवेदन जमा करता है, तो पार्टी असाधारण उगाही कार्यों को निलंबित कर देगी; (ii) यदि रोगी आवेदन की अवधि के अंत से पहले वित्तीय सहायता के लिए एक आवेदन जमा करता है और वित्तीय सहायता के लिए पात्र होने के लिए निर्धारित होता है, पार्टी यह सुनिश्चित करने के लिए प्रक्रियाओं का पालन करेगी कि रोगी पार्टी और अस्पताल दोनों को सम्मिलित रूप से उससे अधिक का भुगतान न करे जितना वित्तीय सहायता नीति के तहत रोगी को भुगतान करना आवश्यक है और किसी भी असाधारण उगाही कार्यों को रद्द करे; और (iii) यदि पार्टी किसी अन्य पार्टी को ऋण सौंपती है या बेचती है, पार्टी पूर्ववर्ती आवश्यकताओं को पूरा करते हुए एक लिखित समझौता प्राप्त करेगी। अस्पताल द्वारा नियुक्त सभी बाहरी उगाही एजेंसियां रोगी को शिकायत दर्ज करने का अवसर प्रदान करेंगी और अस्पताल में ऐसी रोगी शिकायतों के परिणामों को अग्रेषित करेंगी। अस्पताल को चाहिए कि वो जिस किसी भी बाहरी उगाही एजेंसी का उपयोग कर रहा है वह संघीय और राज्य के निष्पक्ष ऋण वसूली आवश्यकताओं की स्वीकृति से काम कर रही है।

#### G. जमा और किस्त योजना

रोगियों से संबंधित मैसाचुसेट्स स्वास्थ्य सुरक्षा नेट अधिनियम जो ये हैं: (1) "कम आय रोगी" होने के लिए निर्धारितया (2) स्वास्थ्य सुरक्षा नेट चिकित्सा हार्ड-शिप के लिए योग्य, BIDMC रोगी को दस्तावेज की वित्तीय स्थिति के आधार पर जमा और भुगतान योजनाओं के बारे में जानकारी प्रदान करेगा। कोई अन्य योजना अस्पताल के अपने आंतरिक वित्तीय सहायता कार्यक्रम पर आधारित होगी, और उन रोगियों पर लागू नहीं होगी जिनके पास भुगतान करने की क्षमता है।

- आपातकालीन सेवाएं  
BIDMC को उन रोगियों से पूर्व-प्रवेश और / या पूर्व-उपचार जमा की आवश्यकता नहीं होगी, जिन्हें आपातकालीन स्तर की सेवाओं की आवश्यकता होती है या जो कम आय वाले ग्राहक होने के लिए निर्धारित होते हैं।
- कम आय वाले रोगी जमा राशि  
BIDMC निम्न आय वाले मरीजों के लिए निर्धारित राशि से जमा करने का अनुरोध कर सकती है। इस तरह की जमा राशि कटौती किये जाने योग्य राशि के 20% तक सीमित होगी, \$ 500 तक। शेष सभी शेष राशि 101 CMR 613.08(1)(g) में स्थापित भुगतान योजना की शर्तों के अधीन हैं।
- स्वास्थ्य सुरक्षा नेट मेडिकल हार्ड-शिप रोगियों के लिए जमा  
BIDMC हेल्थ सेफ्टी नेट मेडिकल हार्ड-शिप के लिए पात्र मरीजों से जमा करने का अनुरोध कर सकती है। जमा स्वास्थ्य सुरक्षा नेट मेडिकल हार्डशिप योगदान के 20% या \$ 1,000 तक सीमित होगा। सभी शेष राशि 101 CMR 613.08(1)(g) में स्थापित भुगतान योजना की शर्तों के अधीन होंगे।
- मैसाचुसेट्स हेल्थ सेफ्टी नेट प्रोग्राम के लिए कम आय वाले मरीजों के लिए भुगतान योजना



शुरुआती जमा के बाद \$ 1,000 या उससे कम की शेष राशि वाले रोगी को कम से कम एक साल की भुगतान योजना, ब्याज मुक्त, \$ 25 से कम के न्यूनतम मासिक भुगतान के साथ की पेशकश की जाएगी।

- e) अस्पताल लाइसेंस प्राप्त स्वास्थ्य केंद्र में प्रदान की गई सेवाओं के लिए मैसाचुसेट्स स्वास्थ्य सुरक्षा नेट कार्यक्रम के लिए HSN आंशिक कम आय वाले मरीजों के लिए भुगतान योजना।

सभी स्वास्थ्य सुरक्षा नेट आंशिक कम आय वाले रोगियों को उनकी देयता का 100% शुल्क लगाया जाएगा जब तक कि पूर्ण कटौती पूरी नहीं हो जाती।