

Carolinas HealthCare System

अस्पताल कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता नीति

बनाने का दिनांक	10/1/2013	अनुमोदित संस्करण :	5/11/2015
		संशोधित :	2/9/2016

उद्देश्य

अस्पताल कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता (CAFA) नीति, Carolinas HealthCare System's (CHS) के संसाधन और समुदाय की जरूरत के अनुरूप उचित स्तर तक दानार्थ देखभाल उपलब्ध कराए जाने के लक्ष्य को सपोर्ट करती है। विभिन्न प्रोग्राम के साथ-साथ प्रत्येक जरूरतमंद इनपेंशेंट, आउटपेंशेंट, आकस्मिक चिकित्सा वाले मरीजों को वित्तीय सहायता उपलब्ध कराने के लिए CHS प्रतिबद्ध है। रोगी द्वारा भुगतान की क्षमता की परवाह किए बिना CHS आवश्यक आकस्मिक चिकित्सकीय देखभाल हमेशा प्रदान करता रहेगा।

निम्नलिखित CHS अस्पतालों के लिए ये सुविधाएँ लागू हैं:

Carolinas HealthCare System Anson
Carolinas HealthCare System Behavioral Health – Charlotte
Carolinas HealthCare System Behavioral Health - Davidson
Carolinas HealthCare System Cleveland
Carolinas HealthCare System Kings Mountain
Carolinas HealthCare System Lincoln
Carolinas HealthCare System NorthEast
Carolinas HealthCare System Pineville
Carolinas HealthCare System Stanly
Carolinas HealthCare System Union
Carolinas HealthCare System University
Carolinas Medical Center
Carolinas Medical Center – Mercy
Carolinas Rehabilitation
Levine Children's Hospital

रोगियों को कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए CHS के पांच निम्नलिखित प्रमुख उद्देश्य हैं:

- CHS द्वारा "देखभाल" के कोर वैल्यू (मुख्य मूल्य) का हर समय नमूना प्रस्तुत करना।
- सुनिश्चित करना कि CHS वित्तीय सहायता के लिए योग्यता हासिल करने से पहले रोगी ने अन्य उचित कवरेज अवसरों का विकल्प तलाश लिया हो।
- भुगतान करने हेतु रोगी की क्षमता के आधार पर वित्तीय सहायता उपलब्ध कराना।
- वित्तीय सहायता से संबंधित संघीय या राज्य के प्रयोज्य नियमों का CHS द्वारा अनुपालन सुनिश्चित करना।



- एक प्रक्रिया स्थापित करना, जिससे रोगी पर न्यूनतम आर्थिक बोझ पड़े और कम लागत में उसका प्रभावी इलाज हो सके।

परिभाषाएं

इस नीति में प्रयुक्त शब्दावली की व्याख्या इस प्रकार है:

1. क्लिनिक स्लाइडिंग स्केल: यह मैक्लेनबर्ग काउंटी के निर्धन रोगियों को आय आधारित सह-भुगतान हेतु आउटपैशेंट क्लिनिक सेवाओं के उपयोग हेतु एक कार्यक्रम है।
2. वैकल्पिक: वे सेवाएं जो, चिकित्सक की राय में, जरूरी न हों या उन्हें सुरक्षित रूप से स्थगित किया जा सके।
3. आकस्मिक देखभाल: चिकित्सक की राय में, शारीरिक कार्य - प्रणाली को गंभीर क्षति अथवा किसी शरीर के अंग या भाग के कार्य न करने से रोगी के स्वास्थ्य के लिए गंभीर खतरे को रोकने के लिए आवश्यक तत्काल देखभाल।
4. वित्तीय सहायता स्कोर (FAS स्कोर): रोगी की वित्तीय प्रोफाइल को सुसंगत बनाने के लिए प्रो-एक्टिव, सतत् और ऑटोमेटेड तंत्र हेतु किसी तीसरी पार्टी वेंडर के सहयोग से तैयार किया गया स्कोर।
 - FAS स्कोर कोई क्रेडिट स्कोर नहीं है।
 - रोगी की गरीबी की संभावना के निर्धारण के लिए FAS स्कोर 9,000 से अधिक स्रोतों और 2 बिलियन रिकॉर्ड सहित विभिन्न डेटाबेस पर आधारित है।
 - संघीय गरीबी दिशा निर्देशों के लिए बनाए गए घरेलू आय सूचकांक, FAS स्कोर का एक घटक है।
 - इसमें अन्य घटक भी शामिल हैं, जिनमें जनगणना के आंकड़े, उपभोक्ता लेन-देन हिस्ट्री, संपत्ति का स्वामित्व और उपयोगिता फ़ाइलों की समीक्षा आदि।
5. घरेलू वित्तीय आय में: निम्नलिखित आय शामिल है:
 - कर-पूर्व जॉब से वार्षिक घरेलू आय
 - बेरोजगारी मुआवजा
 - श्रमिक मुआवजा
 - सामाजिक सुरक्षा और पूरक सुरक्षा आय
 - वयोवृद्ध भुगतान
 - पेंशन या सेवानिवृत्ति आय
 - किराए, भत्ते, बच्चों के पालन-पोषण और किसी अन्य विविध स्रोत सहित लागू अन्य आय
6. चिकित्सकीय दृष्टि से आवश्यक: किसी मरीज के निदान अथवा ऐसी बिमारी से इलाज, बचाव, रोकथाम, जिससे जान को खतरा हो, उसे कष्ट या पीड़ा हो, शारीरिक विकृति अथवा अंग-भंग हो, विकलांग बनाने अथवा



विकलांगता बढ़ाने अथवा समग्र बिमारी या रोग बढ़ाने के लिए किसी रोगी को दी जाने वाली अस्पताल की सेवाएं।

7. अन्य कवरेज विकल्प: श्रमिक मुआवजा, मेडिकेयर और मेडिकेड, राज्य / संघीय एजेंसी योजना, हताहत सहायता आदि जैसी सरकारी योजनाएं अथवा ऑटोमोबाइल या अन्य दुर्घटनाओं से उत्पन्न तीसरे पक्ष के दायित्व सहित CAFA की समीक्षा के अंतर्गत तीसरी पार्टी को भुगतान का विकल्प।

नीति

अबीमित रोगी के लिए वित्तीय सहायता की पात्रता का निर्धारण करते समय Carolinas HealthCare System दो अलग-अलग प्रक्रिया अपनाता है। सेवा स्थल के प्रकार को दो अलग-अलग श्रेणियों में वर्गीकृत किया गया है:

1. प्रथम श्रेणी - सभी इनपेशेंट और ऑब्जरवेशन सेवाओं के साथ-साथ आउटपेशेंट अस्पताल सेवाएं, बैलेंस \$10,000 से अधिक या बराबर हो। रिफरेंस लैब, क्लिनिकल स्लाइडिंग स्केल और आउटपेशेंट फार्मैसी अकाउंट को बाहर रखा गया है।
2. द्वितीय श्रेणी - अन्य सभी अस्पताल के आउटपेशेंट अथवा आकस्मिक सेवाएं, जिनका बैलेंस \$10,000 से कम हो। रिफरेंस लैब, क्लिनिकल स्लाइडिंग स्केल और आउटपेशेंट फार्मैसी अकाउंट को इससे बाहर रखा गया है।

प्रथम श्रेणी

प्रथम श्रेणी के अबीमित सभी रोगी की समीक्षा CHS Financial Counseling टीम द्वारा की जाएगी। वित्तीय सहायता के लिए विचार किए जाने से पूर्व रोगी और प्रथम श्रेणी की सेवाओं हेतु कवरेज सहायता / वित्तीय सहायता (CAFA) का आवेदन करना अपेक्षित होगा। CAFA आवेदन में अपेक्षित जानकारी इस आशय से ली जाती है कि क्या रोगी किसी अन्य कवरेज विकल्प हेतु पात्र है। CAFA की प्रक्रिया से यदि कवरेज के बारे में प्रबल संभावना बनी, तो CHS सहायता वाले रोगी को CHS वित्तीय सहायता हेतु विचार किए जाने के पहले उन अवसरों को तलाशना होगा। इस सहायता हेतु आवेदन करने में मानसिक एवं शारीरिक रूप से अक्षम रोगियों की सहायता के लिए CHS प्रतिनिधि उपलब्ध रहते हैं। CHS वित्तीय जानकारी को गोपनीय रखता है और कवरेज सहायता तथा वित्तीय सहायता चाहने वाले रोगियों की गरिमा बनाए रखेगा। वित्तीय सहायता आवेदन प्रक्रिया आधिकारिक तौर पर तब तक शुरू नहीं होगी, जब तक कवरेज सहायता प्रक्रिया पूरी नहीं हो जाती और रोगी को अन्य कवरेज विकल्पों के लिए अयोग्य पाया जाता है। अन्य कवरेज विकल्पों की तलाश में यदि रोगी पूरी तरह से सहयोग दे, लेकिन उसे इस तरह के कवरेज की संभावना न हो या समुचित रूप से इनकार कर दिया गया हो, तो CHS रोगी की वित्तीय सहायता हेतु पात्रता का निर्धारण करेगा। इस प्रक्रिया हेतु पूरी तरह से सहयोग न करने वाले रोगी को वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य माना जाएगा।

प्रथम श्रेणी हेतु पात्रता मानदंड

1. सेवा की पात्रता

- चिकित्सकीय रूप से आवश्यक (चिकित्सक द्वारा यथा निर्धारित) सभी इनपेशेंट सेवाएं।



- चिकित्सकीय रूप से आवश्यक (चिकित्सक द्वारा यथा निर्धारित) सभी आउटपेशेंट सेवाएं, जिसका बैलेंस \$10,000 से अधिक या बराबर हो।
- आकस्मिक कक्ष में उपलब्ध कराई गई अस्पताल की सभी आकस्मिक चिकित्सा सेवाएं, जिसका बैलेंस \$10,000 से अधिक या बराबर हो।
- सभी गैर वैकल्पिक, चिकित्सकीय रूप से आवश्यक (चिकित्सक द्वारा यथा निर्धारित) आउटपेशेंट अस्पताल सेवाएं, जो गैर-आकस्मिक कक्ष में जीवन के लिए खतरे वाली परिस्थितियों में उपलब्ध कराई गई सेवाएं, जिसका बैलेंस \$10,000 से अधिक या बराबर हो।

2. सेवाएं लागू नहीं होंगी:

- वैकल्पिक और कॉस्मेटिक सेवाएं
- रिफरेंस प्रयोगशाला सेवाएं
- आउटपेशेंट फार्मसी सेवाएं
- क्लिनिक स्लाइडिंग स्केल पात्र सेवाएं (क्लिनिक स्लाइडिंग स्केल सह भुगतान द्वारा कवर क्लिनिक का दौरा, आउटपेशेंट निदान, और आकस्मिक विभाग सेवाएं)

3. पात्र रोगी:

- संघीय गरीबी के दिशा निर्देशानुसार जिन रोगियों की घरेलू आय (FPG) के 0% और 400% के बीच हो
- CAFA समीक्षा के अधीन खातों के लिए अन्य कवरेज विकल्पों हेतु वे अभीमित और अपात्र हों
- उत्तरी कैरोलिना और दक्षिण कैरोलिना के निवासी हों
- अन्य कवरेज विकल्पों के निर्धारण हेतु वे पूरी तरह से सहयोग दें

4. अपात्र रोगी:

- जिन रोगियों की घरेलू आय संघीय गरीबी दिशा निर्देशों के अनुसार 401% से अधिक हो
- क्लिनिक स्लाइडिंग स्केल कार्यक्रम के माध्यम से सहायता के लिए पात्र हों
- मौजूदा बीमा कवरेज हो
- समीक्षा के अंतर्गत आने वाले खाते हेतु कवरेज के अन्य विकल्प की उपलब्धता हो
- उत्तरी कैरोलिना या दक्षिण कैरोलिना के निवासी न हों
- अन्य कवरेज विकल्पों के निर्धारण हेतु पूरी तरह से सहयोग करने में असफल रहे हों

प्रथम श्रेणी के FA छूट का निर्धारण :

- चिकित्सकीय रूप से आवश्यक और गैर वैकल्पिक सेवाओं के लिए अन्य कवरेज विकल्पों की उपलब्धता के निर्धारण हेतु CAFA आवेदन का पूरा होना।
- मूल्यांकन के समय 90 दिन पूर्व रिपोर्ट की गई रोगी की कुल घरेलू वित्तीय आय पर वित्तीय सहायता छूट हेतु पात्रता आधारित होगी।
- कुल घरेलू वित्तीय आय की उस दौरान प्रभावी संघीय गरीबी दिशानिर्देश (FPG) से तुलना करके वित्तीय जरूरत का निर्धारण किया जाएगा।



- जो रोगी दर्शा सके कि उनका कुल घरेलू वित्तीय आय FPG के 200% तक या उसके नीचे है, पात्रता अवधि के लिए 100% छूट के लिए पात्र होंगे।
- FPG के 201% और 400% के बीच कुल घरेलू वित्तीय आय वाले रोगी 180 दिनों की पात्रता अवधि के लिए आंशिक छूट हेतु पात्र होंगे।
- प्रथम श्रेणी की सेवा वाले रोगी, जिनका तीसरी पार्टी वेंडर सत्यापन निर्दिष्ट करे कि उसके पास पर्याप्त वित्तीय संसाधन हैं, और पात्रता निर्धारण पर विचार करते समय उन संसाधनों पर विचार किया जाए।
- रोगी को वित्तीय सहायता उपलब्ध कराए जाने के पहले प्राप्त किसी समायोजन को लौटाया नहीं जाएगा।

प्रथम श्रेणी के रोगी हेतु वित्तीय सहायता स्केल				
* अधिकतम आय सीमा	0-200% FPG	201%-300% FPG	301-400% FPG	≥401% FPG
समायोजन%	100%	75%	50%	0%
# घरेलू	योजना 955605	योजना 955612	योजना 955613	
1	0-\$23,760	\$23,761-\$35,640	\$35,641-\$47,520	≥\$47,521
2	0-\$32,040	\$32,041-\$48,060	\$48,061-\$64,080	≥\$64,081
3	0-\$40,320	\$40,321-\$60,480	\$60,481-\$80,640	≥\$80,641
4	0-\$48,600	\$48,601-\$72,900	\$72,901-\$97,200	≥\$97,201
5	0-\$56,880	\$56,881-\$85,320	\$85,321-\$113,760	≥\$113,761
6	0-\$65,160	\$65,161-\$97,740	\$97,741-\$130,320	≥\$130,321
7	0-\$73,460	\$73,461-\$110,190	\$110,191-\$146,920	≥\$146,921
8	0-\$81,780	\$81,781-\$122,670	\$122,671-\$163,560	≥\$163,561

* अधिकतम आय सीमा संघीय गरीबी दिशा निर्देश 2016 पर आधारित है

प्रथम श्रेणी का घरेलू वित्तीय संसाधन और पात्रता अवधि का सत्यापन:

आमतौर पर सेवाएं प्रदान करते समय अथवा उसके बाद CAFA आवेदन पूरा किए जाते हैं। CHS रजिस्ट्रार या वित्तीय सलाहकार ऐसे रोगियों का साक्षात्कार लेने का प्रयास करेंगे, जो चिकित्सा सेवाओं हेतु भुगतान कर पाने में असमर्थ हैं। CAFA आवेदन पर रोगी द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी को मानने के लिए CHS आवश्यक होने पर किसी बाहरी तीसरे पक्ष के डेटा का उपयोग करेगा।

- सत्यापन अवधि - कुल घरेलू वित्तीय आय, आवेदन की तारीख से 90 दिन पूर्व विगत अवधि पर आधारित होगी जिसका सत्यापन तीसरे पक्ष के वेंडर डेटा से किया जाएगा। तीसरे पक्ष के वेंडर और रोगी द्वारा दी गई सूचना में विसंगति होने पर रोगी को आय के अन्य दस्तावेज उपलब्ध कराने के लिए कहा जा सकता है।



- पात्रता अवधि - चिकित्सकीय और गैर वैकल्पिक सेवाओं के लिए एक बार वित्तीय सहायता का अनुमोदन हो जाने पर उसकी तारीख से यह पात्रता अवधि 180 दिनों की होगी। पात्रता की अवधि के भीतर होने वाले किसी भी परिवर्तन, जिसके कारण रोगी अन्य कवरेज विकल्प के अंतर्गत पात्र होने की अधिक संभावना होने पर, वित्तीय सहायता बनाए रखने हेतु रोगी द्वारा निर्धारित प्रक्रिया अपनाई जाए।
- प्रलेखन - आय सत्यापित करने के लिए मरीजों से नियोक्ता और बैंकिंग संस्थाओं से दस्तावेज उपलब्ध कराने के लिए कहा जा सकता है। CHS द्वारा रोगी के वित्तीय स्टेटमेंट, आय का सत्यापन और तीसरी पार्टी के बैंडर दस्तावेज को 10 साल अथवा कानूनी रूप से यथावश्यक अवधि तक बनाए रखा जाएगा। वित्तीय जानकारी सहित किसी जानकारी को गलत ढंग से पेश करने पर वित्तीय सहायता उपलब्ध नहीं कराई जाएगी।
- धोखाधड़ी - जानकारी जुटाने की प्रक्रिया के दौरान मरीज द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी गलत पाए जाने पर या CHS को इस बारे में प्रमाण मिल जाने पर कि मरीज को दूसरे स्रोतों से चिकित्सा सेवाओं हेतु मुआवजा प्राप्त हुआ है, लेकिन उसने CHS को खुलासा नहीं किया है, तो CHS इस नीति द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता समायोजन को रिवर्स करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

द्वितीय श्रेणी

द्वितीय श्रेणी की सेवाओं के लिए वित्तीय सहायता की पात्रता निर्धारण हेतु CHS एक प्रकल्पित प्रक्रिया का उपयोग करेगा। द्वितीय श्रेणी की सेवा वाले अवीमित सभी रोगियों का वित्तीय सहायता स्कोर (FAS) के आधार पर वित्तीय सहायता छूट के लिए ऑटोमैटिक रूप से मूल्यांकन किया जाएगा। रोगी को सहायता पाने के लिए CAFA आवेदन पूरा करना आवश्यक नहीं होगा। पहली बार बिल स्टेटमेंट बनाए जाने के पहले FAS स्कोर तैयार किया जाएगा। CHS द्वारा चयनित तीसरे पक्ष के अनुभवी विशेषज्ञों द्वारा प्रोप्राइटरी स्कोरिंग एल्गोरिदम के आधार पर वित्तीय सहायता स्कोर (FAS) आवंटित किया जाएगा। CHS एल्गोरिदम की आवधिक जांच करेगा, ताकि इनका सतत रूप से अनुपालन और जरूरत के अनुरूप FAS थ्रेसहोल्ड को समायोजित किया जा सके।

पात्र मरीजों को मान्य सेवाओं पर 100% वित्तीय सहायता छूट प्राप्त होगी और उन्हें कोई बिल प्राप्त नहीं होगा। आकस्मिक विभाग के प्रत्येक रोगी को आकस्मिक विभाग में सेवा के लिए \$75.00 का एक सह-भुगतान करना आवश्यक होगा।

द्वितीय श्रेणी की सेवाओं हेतु संभावित वित्तीय सहायता छूट पाने के लिए अयोग्य रोगियों को बिल दिया जाएगा तथा पत्र के माध्यम से उनकी अयोग्यता के बारे में उन्हें सूचित किया जाएगा।

1. सेवाओं हेतु पात्रता:

- चिकित्सकीय रूप से सभी आवश्यक (चिकित्सक द्वारा यथा निर्धारित) आउटपैशेंट सेवाओं का निर्धारण चिकित्सक द्वारा किया जाएगा, बिलेंस \$10,000 से कम हो
- आकस्मिक कक्ष में उपलब्ध कराई गई अस्पताल की सभी आकस्मिक चिकित्सा सेवाएं, बिलेंस \$10,000 से अधिक या बराबर हो।

2. सेवा हेतु अयोग्य:



- वैकल्पिक और कॉस्मेटिक सेवाएं
- रिफरेंस प्रयोगशाला सेवाएं
- आउटपैशेंट फार्मसी सेवाएं
- क्लिनिक स्लाइडिंग स्केल पात्रता सेवाएं (क्लिनिक स्लाइडिंग स्केल सह भुगतान द्वारा कवर क्लिनिक का दौरा, आउटपैशेंट निदान, और आकस्मिक विभाग सेवाएं)

3. पात्र रोगी :

- संघीय गरीबी दिशा निर्देशानुसार वित्तीय सहायता स्कोर (FAS)
- मौजूदा समय में स्वास्थ्य बीमा कवरेज न हो
- जिन रोगियों की संघीय गरीबी दिशा निर्देशानुसार घरेलू आय 0% और 400% के बीच हो
- CAFA समीक्षा के अधीन खातों के लिए अन्य कवरेज विकल्पों हेतु वे अवीमित और अपात्र हो

4. अपात्र रोगी:

- मौजूदा समय में बीमा कवरेज हो
- कवरेज के अन्य विकल्पों हेतु पात्र हों
- क्लिनिक स्लाइडिंग स्केल कार्यक्रम के माध्यम से सहायता के लिए पात्र हों

द्वितीय श्रेणी के FA छूट का निर्धारण

- द्वितीय श्रेणी की सेवाओं के लिए FA के लिए पात्रता CHS के FAS स्कोर पर आधारित होगी, जो कि पहली बार बिल बनाने के स्टेटमेंट के पूर्वा किसी तीसरी पार्टी के वेंडर से प्राप्त की जाती है।
- द्वितीय श्रेणी की सेवाओं हेतु पात्र FAS स्कोर वाले प्रत्येक मरीज को 100% छूट दी जाएगी।
- FA छूट के लिए अपात्रता की जानकारी पत्र के माध्यम से दी जाएगी।
- रोगी को वित्तीय सहायता उपलब्ध कराए जाने के पहले प्राप्त किसी समायोजन को लौटाया नहीं जाएगा।
- चिकित्सा बिलिंग नियमों द्वारा यथा निर्धारित द्वितीय श्रेणी की सेवाओं के लिए देखभाल के लिए प्रत्येक बिल को FA पात्रता के लिए अलग से मूल्यांकन किया जाएगा।

कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता के लिए आवेदन:

CAFA आवेदन, प्रथम श्रेणी की सेवाएं प्राप्त करने वाले रोगियों के लिए है। जैसा कि ऊपर बताया गया है कि CHS की टीम सभी अवीमित श्रेणी के रोगियों का साक्षात्कार लेने हेतु प्रयास करेगी और CAFA आवेदन पूरा करने में उनकी सहायता करेगी। कवरेज सहायता प्रक्रिया पूरी हो जाने पर CHS वित्तीय सहायता के लिए पात्रता का निर्धारण करेगा। ऐसी स्थिति में, जहां रोगी CAFA आवेदन को पूरा करने में सहयोग दें, वहां कवरेज सहायता प्रक्रिया पूरी होने पर CHS ऑटोमैटिक रूप से वित्तीय सहायता की पात्रता का निर्धारण करेगा। प्रथम श्रेणी की सेवा वाले रोगी का साक्षात्कार CHS टीम लेने में असमर्थ होने पर, रोगी पेपर कवरेज सहायता / वित्तीय सहायता आवेदन ऑनलाइन डाउनलोड करते हुए उस आवेदन को CHS को मेल कर दें। मरीज 704/512-7000 पर फोन



करके भी पेपर आवेदन हेतु अनुरोध कर सकते हैं और वह आवेदन मेल के माध्यम से रोगी को भेजा जाएगा। प्रथम श्रेणी की सेवा वाले मरीज भी सेवा के समय व्यक्तिगत रूप से आवेदन कर सकते हैं।

द्वितीय श्रेणी की सेवाएं पाने वाले रोगियों को कवरेज सहायता या वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पूरा करने की आवश्यक नहीं है। द्वितीय श्रेणी की सेवा वाले मरीजों को आटोमैटिक रूप से अंतिम बिल में वित्तीय सहायता की पात्रता के लिए जांच की जाएगी। पात्र रोगी को 100% छूट प्राप्त होगी। इस प्रक्रिया के माध्यम से अयोग्य पाए गए रोगी को मेल से लिखित सूचना दी जाएगी। यदि किसी रोगी को लगता है कि वित्तीय सहायता स्कोर (FAS) में अयोग्य होने पर भी वह वित्तीय सहायता के लिए पात्र है, तो वह CAFA आवेदन को ऑनलाइन डाउनलोड करते हुए CHS को मेल कर सकता/सकती है। मरीज, 704/512-7000 पर फोन करके भी पेपर आवेदन हेतु अनुरोध कर सकते हैं और वह आवेदन मेल से रोगी को भेजा जाएगा। CAFA के लिए आवेदन करने वाले रोगी को वित्तीय सहायता छूट हेतु विचार किए जाने के पहले कवरेज के अन्य विकल्पों हेतु प्रयास करना होगा।

सभी पेपर आवेदन इस पते पर मेल किए जाएं:

CHS System Business Office
ATTN: Financial Counseling Department
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232

एक बार आवेदन प्राप्त हो जाने के बाद आवश्यक होने पर CHS वित्तीय सलाहकार रोगी से संपर्क करेंगे।

नीति का संप्रेषण:

CHS सभी रोगियों को निम्नलिखित द्वारा CAFA प्रक्रिया की उपलब्धता संप्रेषित करता है:

- CHS की वेबसाइट से
- अस्पताल के सभी बिलिंग स्टेटमेंट से
- आकस्मिक विभाग और भर्ती करने की सूचना से
- रोगी और उसके परिजनों के साथ वित्तीय सलाहकार द्वारा स्थल पर साक्षात्कार से
- रोगी लेखाकरण ग्राहक सेवा विभाग से

भुगतान न होने की स्थिति में

सेवाओं हेतु भुगतान न होने की स्थिति में CHS अस्पताल अलग से बिलिंग और वसूली नीति के अंतर्गत कार्रवाई कर सकेंगे, जिसकी एक निःशुल्क प्रति 704-512-7000 पर रोगी लेखाकरण ग्राहक सेवा विभाग से प्राप्त की जा सकती है।

गुणवत्ता आश्वासन और अन्य प्रावधान:

CHS की टीम को अपने परिजन, मित्र, परिचित और सहकर्मियों के लिए CAFA आवेदन की सिफारिश और / अथवा प्रक्रिया करना निषेध है। PFS गुणवत्ता आश्वासन विभाग, प्रथम श्रेणी के रोगियों हेतु FA छूट के लिए प्रक्रियागत



खातों की आवधिक आडिट करेगा, ताकि फाइल में समुचित दस्तावेज होना सुनिश्चित किया जा सके। PFS गुणवत्ता आश्वासन विभाग द्वितीय श्रेणी की प्रक्रिया की भी जांच करेगा, ताकि सुनिश्चित किया जा सके कि उचित समायोजन किया जा रहा है (PFS पॉलिसी 3.01)

