

Cambridge Health Alliance (कैम्ब्रिज हेल्थ अलायंस)

बिलिंग और वसूली नीति

1 अप्रैल, 2025

Cambridge Health Alliance

बिलिंग और वसूली नीति

विषय-सूची

अस्पताल की बिलिंग और वसूली नीति की विषय-सूची	1
I. मरीज़ के वित्तीय संसाधनों और बीमा कवरेज पर जानकारी एकत्र करना	2
II. अस्पताल की बिलिंग और वसूली प्रथाएं	5
III. वसूली गतिविधियों से मुक्त जनसंख्या	6
IV. असाधारण वसूली कार्रवाइयां	7
V. बाहरी वसूली एजेंसियां	9
VI. डिपॉजिट और किस्त योजनाएं	9

अस्पताल की बिलिंग और वसूली नीति

अस्पताल की यह न्यासीय जिम्मेदारी है कि वह अपने द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के लिए प्रतिपूर्ति के सभी संभावित स्रोतों को सुरक्षित करे, और वह किसी भी स्वास्थ्य देखभाल सेवा के प्रदान किए जाने से पहले आवश्यक व्यक्तिगत और वित्तीय जानकारी प्राप्त करने के लिए प्रत्येक मरीज़ के साथ काम करेगा, सिवाय उन मामलों के जहां सेवाएं किसी ऐसे मरीज़ को प्रदान की जा रही हों जिसकी आपातकालीन चिकित्सा स्थिति हो या जिसे तत्काल चिकित्सा देखभाल सेवाओं की आवश्यकता हो।

इन स्रोतों में आम तौर पर शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं, तृतीय पक्ष के बीमाकर्ता, सहायता के निजी और सार्वजनिक कार्यक्रम जिनके लिए मरीज़ या संगठन पात्र हैं, और मरीज़। वित्तीय सहायता सेवाएं बिना बीमा वाले मरीज़ों के साथ-साथ अपर्याप्त बीमा वाले मरीज़ों के लिए भी उपलब्ध हैं जिन्हें सेवाओं के लिए भुगतान करने की अपनी क्षमता निर्धारित करने में सहायता की आवश्यकता होती है। किसी भी मरीज़ या परिवार संबंधी व्यक्तिगत और/या वित्तीय जानकारी को अस्पताल द्वारा सभी लागू संघीय और राज्य गोपनीयता, सुरक्षा और आईडी चोरी के कानूनों के अनुसार सख्ती से बनाए रखा और संरक्षित किया जाता है। अस्पताल मरीज़ों से बिलिंग और वसूली के लिए निम्नलिखित मानदंडों का उपयोग करता है:

I. मरीज़ के वित्तीय संसाधनों और बीमा कवरेज के बारे में जानकारी एकत्र करना

A. मरीज़ अपनी नवीनतम जनसांख्यिकीय जानकारी, बीमा स्थिति, अपनी पारिवारिक आय या समूह पॉलिसी कवरेज में होने वाले परिवर्तन (यदि कोई हो तो), और, यदि ज्ञात हो, तो उनके लागू बीमा या वित्तीय कार्यक्रम के लिए आवश्यक कटौती राशि (डिडक्टिबल) या सह-भुगतान (को-पेमेंट) के बारे में समय पर और सटीक जानकारी प्रदान करने के लिए बाध्य है। प्रत्येक आइटम के लिए विस्तृत जानकारी में निम्नलिखित जानकारी शामिल होनी चाहिए, लेकिन इसी तक सीमित नहीं:

1. पूरा नाम, पता, टेलीफ़ोन नंबर, जन्म तिथि, सामाजिक सुरक्षा संख्या (यदि उपलब्ध हो), वर्तमान स्वास्थ्य बीमा कवरेज विकल्प, नागरिकता और निवास संबंधी जानकारी, और मरीज़ के लागू वित्तीय संसाधन जिनका उपयोग उनके बिल का भुगतान करने के लिए किया जा सकता है।
2. यदि लागू हो, तो मरीज़ के गारंटर (जमानतदार) का पूरा नाम, उनका पता, टेलीफ़ोन नंबर, जन्म तिथि, सामाजिक सुरक्षा संख्या (यदि उपलब्ध हो), वर्तमान स्वास्थ्य बीमा कवरेज विकल्प, और उनके लागू वित्तीय संसाधन जिनका उपयोग मरीज़ के बिल का भुगतान करने के लिए किया जा सकता है।
3. अन्य संसाधन जिनका उपयोग उनके बिल का भुगतान करने के लिए किया जा सकता है, जिसमें अन्य बीमा कार्यक्रम, मोटर वाहन या गृहस्वामी बीमा पॉलिसियां जब प्रदान की गई सेवाएं किसी दुर्घटना से संबंधित हों, श्रमिक क्षतिपूर्ति कार्यक्रम, छात्र बीमा पॉलिसियां, और कोई भी अन्य पारिवारिक आय जैसे विरासत, उपहार, या उपलब्ध ट्रस्ट से वितरण, आदि शामिल हैं।

- B. मरीज़ की जिम्मेदारी है कि वह अपने अवैतनिक अस्पताल बिलों पर नजर रखे, जिसमें कोई भी मौजूदा सह-भुगतान, सह-बीमा और कटौती राशियां शामिल हैं, और यदि उन्हें अपने बकाया बैलेंस (शेष राशि) के कुछ हिस्से या सभी का भुगतान करने में सहायता की आवश्यकता हो तो अस्पताल से संपर्क करें।
- C. मरीज़ की यह जिम्मेदारी है कि वह अपने वर्तमान स्वास्थ्य बीमाकर्ता (यदि उनके पास हो तो), या उस राज्य एजेंसी जिसने सार्वजनिक कार्यक्रम में मरीज़ की पात्रता स्थिति निर्धारित की थी, को पारिवारिक आय या बीमा स्थिति में किसी भी परिवर्तन के बारे में सूचित करे। पारिवारिक आय या बीमा स्थिति में किसी भी परिवर्तन की स्थिति में अस्पताल सार्वजनिक कार्यक्रम में मरीज़ की पात्रता को अद्यतन करने में भी उसकी सहायता कर सकता है, बशर्ते कि मरीज़ अपनी पात्रता स्थिति में किसी भी ऐसे परिवर्तन के बारे में अस्पताल को सूचित करे।
- D. अस्पताल मरीज़ के साथ मिलकर यह सुनिश्चित करेगा कि वे अस्पताल को और उस लागू कार्यक्रम को जिसके तहत वे सहायता प्राप्त कर रहे हैं (जैसे, MassHealth (मासहेल्थ), Connector (कनेक्टर), Health Safety Net (स्वास्थ्य सुरक्षा नेट), या Medical Hardship (चिकित्सा कठिनाई)), पारिवारिक आय में परिवर्तन से संबंधित किसी भी जानकारी के बारे में सूचित करने के अपने कर्तव्य से अवगत हों, या यदि वे किसी ऐसे बीमा दावे का हिस्सा हों जो अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सेवाओं की लागत को कवर कर सकता हो।
- E. ऐसी स्थिति में जब कोई तीसरा पक्ष, जैसे कि घर या ऑटो बीमा, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं, दुर्घटना या अन्य घटना के कारण देखभाल की लागत को कवर करने के लिए जिम्मेदार हो, तो मरीज़ ऐसी सेवाओं के लिए भुगतान की गई या न की गई राशि को वसूलने के अधिकार को सौंपने के लिए अस्पताल या लागू कार्यक्रम (जिसमें MassHealth, Connector, या Health Safety Net शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं) के साथ मिलकर काम करेगा।
- F. अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए कवरेज को सत्यापित करने हेतु मरीज़ की बीमा संबंधी और अन्य जानकारी एकत्र करने के लिए अस्पताल सभी उचित और सावधानीपूर्वक जांच प्रयास करेगा।
1. आपातकालीन चिकित्सा स्थिति या आवश्यक तत्काल देखभाल सेवाओं के लिए इलाज करा रहे मरीज़ों की व्यक्तिगत या वित्तीय जानकारी प्राप्त करने में तब तक देरी की जाएगी जब तक कि इलाज प्रदान नहीं कर दिया जाता।
 2. प्रयास निर्धारित अपॉइंटमेंट से पहले, किसी सेवा के लिए अस्पताल में मरीज़ के प्रारंभिक व्यक्तिगत रूप से पंजीकरण के दौरान, या अन्य समय पर किए जा सकते हैं।
 3. सेवाओं की डिलीवरी के बाद मरीज़ या मरीज़ के गारंटर को भेजे गए बिलिंग चालान (इनवॉइस) पर मरीज़ों को अस्पताल की और से उपलब्ध सार्वजनिक

सहायता कार्यक्रमों के माध्यम से कवरेज विकल्पों (जिसमें MassHealth, Health Connector द्वारा संचालित प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम, 'बच्चों का चिकित्सा सुरक्षा कार्यक्रम', Health Safety Net, या Medical Hardship के माध्यम से कवरेज शामिल हैं) की उपलब्धता के बारे में नोटिस प्राप्त होगा।

4. अस्पताल सार्वजनिक या निजी बीमा कवरेज के लिए मरीज़ की पात्रता स्थिति निर्धारित करने के लिए मौजूदा सार्वजनिक या निजी वित्तीय सत्यापन प्रणालियों के माध्यम से भी अपनी सावधानीपूर्वक जांच करेगा। अस्पताल किसी भी गैर-आपातकालीन और गैर-तत्काल स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने से पहले ऐसी जानकारी एकत्र करने का प्रयास करेगा।
5. अस्पताल के सावधानीपूर्वक जांच प्रयासों में शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं, मरीज़ की बीमा स्थिति के बारे में जानकारी का अनुरोध करना, किसी भी उपलब्ध सार्वजनिक या निजी बीमा डेटाबेसों की जांच करना, बिलिंग और प्राधिकरण नियमों का पालन करते हुए, और उचित होने पर अस्वीकृत दावे को अपील करना जब सेवा पूरी तरह से या आंशिक रूप से किसी ऐसे ज्ञात तृतीय पक्ष बीमा कंपनी द्वारा देय हो जो मरीज़ की हाल की स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की लागतों के लिए जिम्मेदार हो सकती है।
6. जब अस्पताल पंजीकरण स्टाफ को मरीज़ द्वारा अपने परिवार की आय या बीमा स्थिति में परिवर्तन के बारे में सूचित किया जाए, जिसमें कोई भी ऐसा क़ानूनी मुकदमा या बीमा दावा शामिल है जो अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सेवाओं की लागत को कवर कर सकता हो, तो वे मरीज़ के साथ मिलकर यह सुनिश्चित करेंगे कि प्रासंगिक जानकारी उपयुक्त सार्वजनिक कार्यक्रमों तक पहुंचाई जाए।
7. यदि मरीज़, गारंटर या अभिभावक आवश्यक जानकारी देने में असमर्थ हैं, और मरीज़ सहमति दे देता है, तो अस्पताल अतिरिक्त जानकारी के लिए रिश्तेदारों, मित्रों, गारंटर/अभिभावक और/या अन्य उपयुक्त तृतीय पक्षों से संपर्क करने का उचित प्रयास करेगा।
8. अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं की लागत के लिए कोई तृतीय पक्ष बीमा या अन्य संसाधन जिम्मेदार हो सकता है या नहीं, इसकी जांच करने के लिए अस्पताल के सावधानीपूर्वक जांच प्रयासों में शामिल होंगे, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं, मरीज़ से यह निर्धारित करना कि क्या दावों की लागत को कवर करने के लिए कोई लागू पॉलिसी है, जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं:
 - a) मोटर वाहन या गृहस्वामी दायित्व पॉलिसी
 - b) सामान्य दुर्घटना या व्यक्तिगत चोट सुरक्षा पॉलिसी
 - c) श्रमिक क्षतिपूर्ति कार्यक्रम
 - d) छात्र बीमा पॉलिसियां

9. यदि अस्पताल उत्तरदायी तृतीय पक्ष की पहचान करने में सक्षम हो जाता है या उसे किसी तृतीय पक्ष या अन्य संसाधन (निजी बीमाकर्ता या अन्य सार्वजनिक कार्यक्रम सहित) से भुगतान प्राप्त हो गया हो, तो अस्पताल लागू कार्यक्रम को भुगतान की सूचना देगा और यदि लागू हो तो कार्यक्रम की दावा प्रसंस्करण आवश्यकताओं के अनुसार, तृतीय पक्ष या अन्य संसाधन द्वारा भुगतान किए गए किसी भी दावे के विरुद्ध इस भुगतान को समायोजित (ऑफसेट) कर देगा। राज्य सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमों के लिए, जिन्होंने वास्तव में सेवाओं की लागत का भुगतान किया है, अस्पताल को मरीज़ के तृतीय पक्ष से सेवाओं की कवरेज के अधिकार पर असाइनमेंट सुरक्षित करने की आवश्यकता नहीं है। इन मामलों में, मरीज़ को पता होना चाहिए कि लागू राज्य कार्यक्रम मरीज़ को प्रदान की गई सेवाओं की लागत पर असाइनमेंट प्राप्त करने का प्रयास कर सकता है।

II. अस्पताल की बिलिंग और वसूली प्रथाएं

- A. अस्पताल की दावों और बिलों की प्रस्तुति के लिए आवश्यक जानकारी एकत्र करने की एक समान और सुसंगत प्रक्रिया है, मरीज़ की बीमा स्थिति की परवाह किए बिना। विशेष रूप से, ऐसे मामले में जहां मरीज़ का वर्तमान में अवैतनिक बैलेंस हो जो ऐसी सेवाओं से संबंधित हो जो सार्वजनिक या निजी कवरेज विकल्प द्वारा कवर नहीं की गई हों, तो अस्पताल निम्नलिखित उचित वसूली/बिलिंग प्रक्रियाओं का पालन करेगा, जिनमें शामिल हैं:

1. मरीज़ या मरीज़ के व्यक्तिगत वित्तीय दायित्वों के लिए जिम्मेदार पक्ष को एक प्रारंभिक बिल (स्टेटमेंट) भेजा जाएगा; प्रारंभिक बिल में अस्पताल के बिल की लागत को कवर करने के लिए वित्तीय सहायता (जिसमें शामिल है, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं, MassHealth, Health Connector द्वारा संचालित प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम, बच्चों का चिकित्सा सुरक्षा कार्यक्रम, Health Safety Net, और Medical Hardship) की उपलब्धता के बारे में जानकारी शामिल होगी;
2. बिलिंग (स्टेटमेंट), टेलीफ़ोन कॉल, वसूली पत्र, व्यक्तिगत संपर्क नोटिस, कंप्यूटर अधिसूचनाएं, या किसी भी अन्य अधिसूचना विधि सहित बाद के संचार जो अवैतनिक बिल के लिए जिम्मेदार पक्ष से संपर्क करने के एक ईमानदार प्रयास में आते हैं और इसमें यह जानकारी शामिल है कि मरीज़ वित्तीय सहायता के लिए अस्पताल से कैसे संपर्क कर सकता है;
3. वित्तीय दायित्व के लिए जिम्मेदार पक्ष का पता लगाने के लिए वैकल्पिक प्रयासों का दस्तावेजीकरण, या उन बिलों या स्टेटमेंट्स पर उनके सही डाक पते का पता लगाने के प्रयास जो डाक सेवा द्वारा “गलत पता” या “डिलीवरी योग्य नहीं” जैसे कारणों से लौटा दिए गए;
4. बिना किसी बीमा कवरेज वाले मरीज़ों के लिए, अस्पताल उन गैर-बीमाकृत मरीज़ों के लिए प्रमाणित मेल द्वारा एक अंतिम नोटिस भेजेगा जिनका बैलेंस केवल किसी

आकस्मिक या तत्काल सेवाओं के लिए \$1,000 से अधिक है, या जहां नोटिस "गलत पता" या "वितरण योग्य नहीं" के कारण से लौटाए नहीं गए, तथा संचार में वित्तीय सहायता की उपलब्धता के बारे में रोगियों को सूचित भी किया जाएगा;

5. सेवा की तिथि से 120 दिनों तक की गई निरंतर बिलिंग या वसूली कार्रवाई का दस्तावेजीकरण बनाए रखा जाता है और इन प्रयासों को सत्यापित करने के लिए सभी लागू संघीय और/या राज्य कार्यक्रमों के अनुपालन को प्रदर्शित करने के लिए यह दस्तावेजीकरण उपलब्ध होता है; और
6. खराब ऋण कवरेज के लिए Health Safety Net कार्यालय में दावा प्रस्तुत करने से पहले यह सुनिश्चित करने के लिए मैसाचुसेट्स पात्रता सत्यापन प्रणाली (EVS) की जांच करना कि मरीज़ 'कम आय वाला मरीज़' नहीं है और उसने MassHealth, Health Connector द्वारा संचालित प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम, बच्चों का चिकित्सा सुरक्षा कार्यक्रम, Health Safety Net, या Medical Hardship के लिए कवरेज के लिए आवेदन प्रस्तुत नहीं किया है।
7. सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमों में नामांकित सभी मरीज़ों के लिए, अस्पताल केवल उन मरीज़ों को उस विशिष्ट सह-भुगतान, सह-बीमा, या कटौती राशि के लिए बिल भेज सकता है जो लागू राज्य विनियमों में उल्लिखित है और जिसे राज्य मेडिकेड प्रबंधन सूचना प्रणाली (Medicaid Management Information System) पर भी दर्शाया जा सकता है।
8. मरीज़ द्वारा अनुरोध किए जाने पर और प्रत्येक मरीज़ की वित्तीय स्थिति की आंतरिक समीक्षा के आधार पर, अस्पताल मरीज़ को अतिरिक्त छूट भी प्रदान कर सकता है, जो मरीज़ों के लिए एक समान आधार पर लागू होती है, और जो मरीज़ की प्रलेखित वित्तीय स्थिति और उचित वसूली कार्रवाइयों के बाद मरीज़ की भुगतान करने में असमर्थता को ध्यान में रखती है। अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली कोई भी छूट संघीय और राज्य की आवश्यकताओं के अनुरूप है, और किसी मरीज़ को अस्पताल से सेवाएं प्राप्त करने के लिए प्रभावित नहीं करती है।

III. वसूली गतिविधियों से मुक्त जनसंख्या

- A. राज्य के नियमों एवं नीतियों के अनुसार, निम्नलिखित सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमों में नामांकित मरीज़ों को नीचे उल्लिखित अपवादों के अधीन कर वसूली से छूट दी जाएगी। इन सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमों में निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं:

1. MassHealth
2. बुजुर्गों, विकलांगों और बच्चों को आपातकालीन सहायता (EAEDC)

3. बच्चों की चिकित्सा सुरक्षा योजना (CMSP) MAGI आय \leq 300% FPL)
 4. MassHealth और Health Safety Net द्वारा निर्धारित कम आय वाले मरीज़ जिसमें शामिल है MAGI घरेलू आय या Medical Hardship पारिवारिक गणना योग्य आय (Medical Hardship Family Countable Income) FPL के 150.1 से 300% के बीच
 5. Medical Hardship
- B. अस्पताल उपर्युक्त कार्यक्रमों में नामांकित किसी भी मरीज़ के खिलाफ उनके उन आवश्यक सह-भुगतान और कटौती राशि के लिए वसूली कार्रवाई की मांग कर सकता है जो प्रत्येक विशिष्ट कार्यक्रम द्वारा निर्धारित किए गए हैं;
- C. अस्पताल ऐसे मरीज़ के लिए भी बिल करना या वसूली शुरू कर सकता है, जो यह दावा करता है कि वह एक ऐसे वित्तीय सहायता कार्यक्रम में भागीदार है जो अस्पताल सेवाओं की लागत को कवर करता है, लेकिन ऐसी भागीदारी का प्रमाण देने में विफल रहता है। इस बात का संतोषजनक प्रमाण प्राप्त होने पर कि कोई मरीज़ वित्तीय सहायता कार्यक्रम में भागीदार है, (हस्ताक्षरित आवेदन की प्राप्ति या सत्यापन सहित) अस्पताल अपनी बिलिंग या वसूली गतिविधियों को बंद कर देगा;
- D. अस्पताल कम आय वाले मरीज़ के निर्धारण से पहले प्रदान की गई सेवाओं के लिए किसी भी कम आय वाले मरीज़ पर वसूली की कार्रवाई जारी रख सकता है, बशर्ते कि वर्तमान 'कम आय वाले मरीज़' की स्थिति ख़तम हो गई हो, उसकी अवधि समाप्त हो गई हो, या अन्यथा राज्य पात्रता सत्यापन प्रणाली या मेडिकेड प्रबंधन सूचना प्रणाली पर पहचानी नहीं गई हो। परन्तु, एक बार जब किसी मरीज़ को पात्र और MassHealth, Health Connector द्वारा संचालित प्रीमियम सहायता भुगतान कार्यक्रम, बच्चों की चिकित्सा सुरक्षा योजना, या Medical Hardship में नामांकित पाया जाता है, तो अस्पताल उनकी पात्रता की शुरुआत से पहले प्रदान की गई सेवाओं के लिए वसूली गतिविधि बंद कर देगा (किसी भी सह-भुगतान और कटौती राशि के अपवाद के साथ)।
- E. अस्पताल ऊपर सूचीबद्ध कार्यक्रमों में भाग लेने वाले किसी भी मरीज़ के खिलाफ उन गैर-कवर सेवाओं के लिए वसूली की कार्रवाई कर सकता है जिनके लिए मरीज़ ने जिम्मेदारी लेने पर सहमति व्यक्त की है, बशर्ते कि अस्पताल ने ऐसी सेवा(ओं) के लिए बिल करने के लिए मरीज़ की पूर्व लिखित सहमति प्राप्त की हो। परन्तु, इन परिस्थितियों में भी अस्पताल चिकित्सा त्रुटियों से संबंधित दावों या प्रशासनिक या बिलिंग त्रुटि के कारण मरीज़ के प्राथमिक बीमाकर्ता द्वारा अस्वीकार किए गए दावों के लिए मरीज़ को बिल नहीं कर सकता है।

IV. असाधारण वसूली कार्रवाइयां (ECAs)

- A. अस्पताल असाधारण वसूली कार्रवाइयों (ECAs) का उपयोग **नहीं** करता है जैसा कि IRS द्वारा धारा 501(सी)(3) में किसी अस्पताल फैसिलिटी द्वारा किसी व्यक्ति के खिलाफ

अस्पताल फैसिलिटी की वित्तीय सहायता योजना (FAP) के तहत कवर की गई देखभाल के लिए बिल का भुगतान प्राप्त करने से संबंधित कार्रवाइयों के रूप में परिभाषित किया गया है।

B. विशेष रूप से, अस्पताल निम्न कार्य नहीं करेगा:

1. किसी व्यक्ति का ऋण किसी अन्य पक्ष को बेचना;
2. उपभोक्ता क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों या क्रेडिट ब्यूरो (सामूहिक रूप से, "क्रेडिट एजेंसियां") को किसी व्यक्ति के बारे में प्रतिकूल जानकारी रिपोर्ट करना;
3. किसी व्यक्ति द्वारा अस्पताल फैसिलिटी के FAP के तहत कवर की गई पहले प्रदान की गई देखभाल के लिए एक या अधिक बिलों का भुगतान न करने के कारण चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल को स्थगित या अस्वीकार करना, या उसे प्रदान करने से पहले भुगतान मांगना;
4. किसी व्यक्ति की संपत्ति पर ग्रहणाधिकार लगाना;
5. किसी व्यक्ति की वास्तविक संपत्ति जब्त करना;
6. किसी व्यक्ति के बैंक खाते या किसी अन्य निजी संपत्ति को कुर्क या जब्त करना;
7. किसी व्यक्ति के विरुद्ध दीवानी कार्रवाई शुरू करना;
8. किसी व्यक्ति की गिरफ्तारी का कारण बनना;
9. किसी व्यक्ति को शरीर कुर्की के रिट (प्राधिकरण) के अधीन करना;
10. किसी व्यक्ति के वेतन पर रोक लगाना;

C. किसी भी दिवालियापन संबंधी कार्यवाही में अस्पताल द्वारा दायर किया गया दावा ECA नहीं है।

D. किसी व्यक्ति (या उसके प्रतिनिधि) को किसी तृतीय पक्ष द्वारा पहुंचाई गई उन व्यक्तिगत चोटों, जिसके लिए अस्पताल फैसिलिटी ने देखभाल प्रदान की थी, के परिणामस्वरूप हुए किसी निर्णय, निपटान या समझौते से प्राप्त आय पर लगाया गया ग्रहणाधिकार ECA नहीं है।

E. हालांकि अस्पताल मरीजों के खिलाफ असाधारण वसूली कार्रवाई करने से परहेज करता है, लेकिन अस्पताल मरीज की क्रेडिट रेटिंग की पहचान करने के लिए क्रेडिट ब्यूरो की सेवाओं का उपयोग कर सकता है, ताकि मरीज की वित्तीय दायित्वों को पूरा करने की क्षमता का पता लगाया जा सके।

F. अस्पताल और उसके एजेंट किसी ऐसे मरीज से संबंधित वसूली या बिलिंग के प्रयास जारी नहीं रखेंगे जो दिवालियापन कार्यवाही का सदस्य है, सिवाय इसके कि उचित क्रम में एक ऋणदाता के रूप में अपने अधिकारों को सुरक्षित किया जाए (इसी प्रकार की कार्रवाई उस लागू सार्वजनिक सहायता कार्यक्रम द्वारा भी की जा सकती है जिसने सेवाओं के लिए भुगतान किया है)। अस्पताल और उसके एजेंट कम आय वाले मरीज के लिए अतिदेय बैलेंस पर ब्याज भी वसूल नहीं करेंगे।

- G. अस्पताल उन विशिष्ट सेवाओं के लिए भुगतान न किए जाने से संबंधित लागू बिलिंग आवश्यकताओं का अनुपालन करता है और लागू राज्य और संघीय आवश्यकताओं का पालन करता है, जो किसी गंभीर रिपोर्ट योग्य घटना (SRE), SRE के सुधार, SRE से उत्पन्न होने वाली बाढ़ की जटिलता, या SRE से संबंधित सेवाओं के लिए उसी अस्पताल में पुनः प्रवेश का परिणाम थीं या उससे सीधे संबंधित थीं। जो SREs अस्पताल में नहीं होती हैं, उन्हें भुगतान न करने के इस निर्धारण से बाहर रखा जाता है, जब तक कि इलाज करने वाली फैसिलिटी और SRE के लिए जिम्मेदार फैसिलिटी का साझा स्वामित्व या एक साझा कॉर्पोरेट अभिभावक न हो।
- H. अस्पताल Health Safety Net कार्यक्रम के तहत ऐसे कम आय वाले मरीज़ से भी भुगतान नहीं मांगता है जिसके दावों को अस्पताल की प्रशासनिक बिलिंग त्रुटि के कारण बीमा कार्यक्रम द्वारा शुरू में अस्वीकार कर दिया गया था।

V. बाहरी वसूली एजेंसियां

- A. अस्पताल कुछ खातों की वसूली में सहायता के लिए किसी बाहरी वसूली एजेंसी के साथ अनुबंध कर सकता है, जिसमें 120 दिनों की निरंतर वसूली कार्रवाई के बाद भी हल न होने वाली मरीज़ जिम्मेदार राशि भी शामिल है। अस्पताल द्वारा अनुबंधित सभी बाहरी वसूली एजेंसियां मरीज़ को अपने बैलेंस पर विवाद करने या शिकायत दर्ज करने का अवसर प्रदान करेंगी, जिसका समाधान अस्पताल के रोगी वित्तीय नेतृत्व के साथ मिलकर किया जाएगा। अस्पताल के लिए आवश्यक है कि कोई भी बाहरी वसूली एजेंसी सभी संघीय और राज्य निष्पक्ष ऋण वसूली आवश्यकताओं का अनुपालन करेगी।

VI. डिपॉजिट और किस्त योजनाएं

- A. उन मरीज़ों से संबंधित मैसाचुसेट्स Health Safety Net विनियमों के अनुसार, जो या तो:
- (1) "कम आय वाले मरीज़" के रूप में निर्धारित हैं या (2) Medical Hardship के लिए अर्हता प्राप्त करते हैं, अस्पताल मरीज़ को मरीज़ की प्रलेखित वित्तीय स्थिति के आधार पर डिपॉजिट और भुगतान योजनाओं की जानकारी प्रदान करेगा।
 1. **आपातकालीन सेवाएं:** अस्पताल को उन मरीज़ों से पूर्व-प्रवेश और/या पूर्व-उपचार डिपॉजिट की आवश्यकता नहीं होती है जिन्हें 'आपातकालीन स्तर की सेवाओं' की आवश्यकता होती है या जो कम आय वाले मरीज़ों के रूप में निर्धारित हैं।
 2. **कम आय वाले मरीज़:** अस्पताल कम आय वाले मरीज़ों के रूप में निर्धारित मरीज़ों से डिपॉजिट का अनुरोध नहीं करता है।

3. **Medical Hardship वाले मरीज़:** अस्पताल Medical Hardship के लिए पात्र मरीज़ों से डिपॉजिट का अनुरोध नहीं करता है।
4. **मैसाचुसेट्स Health Safety Net कार्यक्रम के अनुसार कम आय वाले मरीज़ों के लिए भुगतान योजनाएं:** अस्पताल कम आय वाले मरीज़ों के लिए भुगतान योजना पर प्रतिबंध नहीं लगाता है।
5. **CommonHealth वन-टाइम डिडक्टिबल (कटौती राशि):** मरीज़ के अनुरोध पर, अस्पताल कम आय वाले मरीज़ को बिल भेज सकता है, ताकि मरीज़ आवश्यक CommonHealth वन-टाइम डिडक्टिबल को पूरा कर सके।
6. **अस्पताल लाइसेंस प्राप्त स्वास्थ्य केंद्र में प्रदान की गई सेवाओं के लिए मैसाचुसेट्स Health Safety Net कार्यक्रम के अनुसार HSN आंशिक कम आय वाले मरीज़ों के लिए भुगतान योजनाएं:**
 - a) CHA प्रत्येक विजिट के लिए HSN नेट भुगतान की सेवा की पूरी राशि वसूल करता है।
 - b) HSN आंशिक कम आय वाले मरीज़ों को 20% कटौती भुगतान विकल्प नहीं दिया जाता है।