

ชื่อนโยบาย	นโยบายด้านเครดิตและการติดตามหนี้	รหัสนโยบาย	4834
คำค้นหา	เครดิต การติดตามหนี้ และหนี้ด้วยคุณภาพ		

I. วัตถุประสงค์ของนโยบาย

กำหนดแนวทางการดำเนินการในวงจรรายได้ Conifer (“Conifer”) เพื่อการติดตามและการชำระหนี้ของบัญชีผู้ป่วยในฐานะผู้แทนภายใต้สัญญาข้อตกลงสำหรับ Dartmouth-Hitchcock Health

II. ขอบเขตของนโยบาย

นโยบายนี้มีผลใช้กับพนักงานทุกคนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเครดิตและกระบวนการติดตามหนี้ และยอดคงค้างทั้งหมดที่เรียกเก็บผ่านทาง Dartmouth-Hitchcock Health

III. คำจำกัดความ

ตัวแทนในการติดตามหนี้: บุคคลภายนอกที่ติดตามเรียกเก็บเงินที่ผิดนัดชำระหนี้

ลูกหนี้: ผู้ที่เป็นหนี้

ระดับการติดตามหนี้: ระดับการสื่อสารกับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับบัญชีลูกหนี้ของผู้ป่วย ยิ่งระดับการติดตามหนี้สูงขึ้น ยอดคงค้างยิ่งใกล้กับการผิดนัดชำระหนี้มากขึ้น

การผิดนัดชำระหนี้: ยอดคงค้างที่ยังไม่ได้ชำระหนี้ตามเงื่อนไขการชำระเงินที่ระบุในคำแถลง โดยไม่มีการจ่ายเงินใดๆ และมีการประสานจากฝ่ายบัญชีลูกหนี้ไปยังตัวแทนในการทางหนี้

ผู้ค้าประกัน: ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีถือเป็นผู้ค้าประกันตัวเอง ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีประกันกับบุคคลใดก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุไม่ถึง 18 ปี พ่อแม่หรือผู้ปกครองจะถือเป็นผู้ค้าประกัน

ECA: Extraordinary Collection Action (การติดตามหนี้แบบพิเศษ)

Dartmouth-Hitchcock Health: ภายใต้วัตถุประสงค์ของนโยบายนี้ สมาชิกในระบบ Dartmouth-Hitchcock Health (DHH) ประกอบไปด้วย Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital และ Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) โรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งหมดใน New Hampshire และ Vermont ไม่ถือเป็นสถานที่ปฏิบัติการที่เป็นสมาชิก

ตั้งแต่วันที่ 11 พฤษภาคม 2019 นโยบายนี้มีผลใช้กับ Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock

IV. คำแถลงนโยบาย

- D-HH มีการรวบรวมข้อมูลการประกันล่าสุดของผู้ค้าประกันเป็นระยะๆ สำหรับผู้ป่วย และมีการตรวจสอบความคุ้มครองและการรับผิดชอบยอดเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเองผ่านเครื่องมือตรวจสอบความคุ้มครองประกันและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน
- จะต้องประมาณค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง เช่น ยอดชำระแบบจ่ายร่วมและยอดชำระแบบหักได้และจัดการการเรียกเก็บก่อนจัดบริการหรือขณะจัดบริการ
 - ผู้ป่วยสามารถเลือกจ่ายเงินค่าบริการที่ต้องจ่ายเองหลังจัดบริการให้แล้ว
 - บริการบางรายการอาจต้องมีการชำระเงินล่วงหน้า (เช่น การศัลยกรรม เครื่องช่วยฟัง ฯลฯ)
- สำหรับยอดคงค้างที่ไม่ได้ชำระเงินใดๆ D-HH จะออกเอกสารเรียกเก็บเงินและขอให้มีการชำระเงินเต็มจำนวน
- สามารถยอมรับการชำระเงินบางส่วนได้หากผ่านเกณฑ์การชำระเงินขั้นต่ำตามที่กำหนดไว้ในระเบียบขั้นตอนตามแผนงบประมาณ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก “ระเบียบขั้นตอนการจ่ายเงินงบประมาณและแผนการจัดทดแทน (reinstatement): แผนการจัดการรายได้” (ลิงค์แสดงด้านล่าง)
- ยอดคงค้างอาจถูกย้ายไปที่สถานะการติดตามหนี้เมื่อยอดดังกล่าวถูกประเมินแล้วว่าไม่สามารถเรียกเก็บได้ และในสถานการณ์ดังกล่าว ยอดจะถูกโอนไปยังตัวแทนเรียกเก็บหนี้ซึ่งจะเป็นยอดผิดนัดชำระหรือยอดคงค้างที่อาจจำแนกเป็นหนี้ด้วยคุณภาพ

A. ยอดเงินแบบจ่ายเอง

- ยอดเงินแบบจ่ายเองเป็นค่าบริการที่เป็นส่วนความรับผิดชอบของผู้ค้าประกัน
- ซึ่งในเบื้องต้นประกอบไปด้วย:
 - ยอดชำระของบัญชีสำหรับบุคคลที่ไม่มีประกัน
 - ยอดคงค้างหลังหักประกันหรือการชำระเงินใดๆ โดยบุคคลภายนอก รวมถึง:
 - ค่าบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริการที่ได้รับ ความคุ้มครองตามที่ระบุ ในแผนประกันของผู้ป่วย
 - การจ่ายเงินร่วม
 - ประกันแบบจ่ายร่วม
 - ยอดเงินที่หักได้
 - ผู้ค้าประกันที่ออกบิลเรียกเก็บกับประกันของตน และเลือกไม่ให้สิทธินี้แก่ D-HH
 - รายการสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

B. โอนไปยังการชำระเงินด้วยตัวเอง

- ยอดจะถูกโอนไปให้แก่ผู้ค้าประกันและรายการทางบัญชีจะถูกจัดส่งก็ต่อเมื่อมีการจ่ายเงินค่าบริการแล้วโดยผู้ชำระเงินจากภายนอก ยกเว้นหากเป็นกรณีต่อไปนี้

- D-HH ไม่ได้รับการเคลมที่พิจารณารับรองแล้ว โดยผู้ชำระเงินแม้ว่าจะมีความพยายามเรียกเก็บเงินหลายครั้งแล้ว
- D-HH ได้รับแจ้งโดยผู้ให้ประกันจากภายนอกว่าผู้ค้ำประกันไม่ตอบสนองคำขอเพื่อให้ข้อมูลสำหรับการพิจารณารับรองการเคลมดังกล่าว
- ผู้ค้ำประกันแจ้งข้อมูลการประกันที่ไม่ถูกต้อง รายการทางบัญชีฉบับแรกที่ทำให้แก่ผู้ป่วย จะมีการระบุหมายเลขติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าและแจ้งขอให้ผู้ป่วยอัปเดตข้อมูลประกันใดๆ ที่ไม่ถูกต้อง

C. รายละเอียดการเรียกเก็บเงินผู้ป่วย

- ผู้ค้ำประกันปัจจุบันจะได้รับรายละเอียดทางบัญชีดังต่อไปนี้
 - ข้อมูลการออกบิลเรียกเก็บที่ระบุรายละเอียดชัดเจนจากทางโรงพยาบาล
 - บริการทั้งหมดของทางโรงพยาบาลและการนัดหมายกับแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมด
 - บิลรายละเอียดการให้บริการที่ชัดเจน
 - ค่าธรรมเนียมการให้บริการสำหรับผู้ปฏิบัติงานทางวิชาชีพ (ไม่รวมบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน แต่รวมบริการด้านทันตกรรม)
- คำแนะนำทั่วไปในการจัดทำรายละเอียดทางบัญชีสำหรับโรงพยาบาลและบริการทางคลินิกมีดังต่อไปนี้:
 1. โดยปกติจะต้องจัดทำรายงานรายละเอียดทางบัญชีทุกเดือน
 2. รายละเอียดทางบัญชีทั้งหมดจะมีการจัดทำที่ระดับผู้ค้ำประกัน นั่นคือการระบุรายละเอียดรวมหลายการนัดหมายหรือหลายใบแจ้งหนี้ต่อหนึ่งรายการทางบัญชี
 3. วันที่จัดทำใบสรุปรายการทางบัญชีและระดับการติดตามหนี้ถัดไปจะมีการกำหนดไว้ก่อนที่จะจัดทำโดยพิจารณาตามกรอบการชำระเงินที่ประกาศไว้
 4. สำหรับการพักการติดตามหนี้ จะต้องมีการชำระเงินตามยอดขั้นต่ำตามแผนงบประมาณที่กำหนดไว้แล้ว
 5. ผู้ค้ำประกันที่ได้ชำระเงินตามเกณฑ์การชำระเงินขั้นต่ำตามเวลาที่กำหนดจะไม่ถูกโอนย้ายสถานะการติดตามหนี้ไปยังระดับถัดไป

D. การส่งต่อไปยังตัวแทนในการติดตามหนี้

- D-HH จะไม่ใช้วิธีการติดตามหนี้แบบพิเศษ (ECA) เช่น การแจ้งข้อมูลไปยังหน่วยงานรายงานข้อมูลเครดิตโดยจะดำเนินการอย่างเต็มที่เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินได้บ้างหรือไม่ก่อนแจ้งข้อมูลดังกล่าว
- ผู้ป่วยจะถูกโอนย้ายไปยังสถานะการติดตามหนี้ก็ต่อเมื่อได้มีการดำเนินการเบื้องต้นอย่างเต็มที่แล้วในการจัดหาความช่วยเหลือด้านการเงินให้
- แก่ผู้ป่วย (รวมทั้งความช่วยเหลือฉุกเฉินระยะสั้น) ช้อยกเว้นใดๆ
- ที่มอบให้จะต้องได้รับการอนุมัติโดยประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน
- สำหรับรายละเอียดการดำเนินการเพื่อพิจารณาคุณสมบัติในการรับความช่วยเหลือด้านการเงิน โปรดดูที่

“นโยบายความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับบริการด้านการแพทย์” (ดูลิงค์ด้านล่าง)

มีสำเนาข้อมูลเผยแพร่ไว้ในระบบออนไลน์หรือสามารถร้องขอได้จาก Patient Financial Services Offices หรือสามารถแจ้งขอให้ส่งทางไปรษณีย์โดยติดต่อไปที่หมายเลข 844-808-0730

- D-HH จะไม่ใช้บริการตัวแทนติดตามหนี้เรียกติดตามหนี้จนถึงอย่างน้อย 120 วันหลังจากได้จัดส่งบิลเรียกเก็บเงินฉบับแรกหลังการปล่อยตัวจากโรงพยาบาล โดย D-HH จะแจ้งให้ทราบอย่างน้อย 30 วันก่อนส่งหนังสือติดตามหนี้

E. ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์ (Presumptive Charity)

D-HH อาจมอบหมายให้บุคคลภายนอกพิจารณาข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประเมินความจำเป็นด้านการเงิน การพิจารณาประเมินนี้จะดำเนินการตามแบบจำลองเชิงคาดการณ์ที่เป็นที่ยอมรับในอุตสาหกรรมการแพทย์และอ้างอิงกับฐานข้อมูลสาธารณะ

แบบจำลองดังกล่าวจะใช้ข้อมูลสาธารณะเพื่อคำนวณคะแนนสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ และความสามารถทางการเงิน ได้แก่ การประเมินรายได้ ทรัพย์สิน และสภาพคล่องทางการเงิน ชุดกฎเกณฑ์ของแบบจำลองนี้ออกแบบมาเพื่อประเมินผู้ป่วยแต่ละรายภายใต้มาตรฐานเดียวกัน โดยจะมีการปรับเทียบกับการอนุมัติความช่วยเหลือด้านการเงินอื่นๆ ที่ผ่านมาในระบบของ Dartmouth-Hitchcock Health

D-HH อาจใช้ข้อมูลจากแบบจำลองเชิงคาดการณ์เพื่อพิจารณาความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์ หากไม่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วย โดยตรง

ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์นี้ไม่สามารถใช้กับยอดเงินหลังหักเงินอุดหนุนจากแผน Medicare แล้ว

โรงพยาบาลจะใช้ระบบการคัดกรองผู้รับความช่วยเหลือเพื่อการสงเคราะห์โดยไม่คำนึงถึงจำนวนยอดค้างชำระ สำหรับบัญชีผู้ป่วยที่ผ่านหลักเกณฑ์

และพ้นระยะเวลา 120 วันหลังจากการจัดทำรายการสรุปทางบัญชี และมีการแจ้งการติดตามหนี้แล้ว แต่ยังไม่ได้ออนบัญชีไปยังตัวแทน

การติดตามหนี้จากภายนอกโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดหาความช่วยเหลือทางการเงินให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบกลับการแจ้งทางเลือกในการขอรับ

ความช่วยเหลือด้านการเงิน บัญชีภาคทัณฑ์ (Probate Account)

เกินกรอบเวลาที่กำหนดมีสิทธิ์เข้าสู่กระบวนการคัดกรองการให้ความช่วยเหลือได้

ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์นี้ไม่ได้มาแทนที่กระบวนการ FAP ตามปกติ

แต่จะใช้เพื่อเป็นความช่วยเหลือเพิ่มเติม และจัดไว้สำหรับผู้ป่วยที่อาจไม่สามารถตอบสนองตามกระบวนการ FAP แบบปกติได้ เพื่อพยายามขจัดอุปสรรคต่างๆ สำหรับผู้ป่วยเหล่านี้

และเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทางโรงพยาบาลจึงมีการใช้ระบบคัดกรองทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนที่จะมีการเสนอขายหนี้ด้วย

คุณภาพดังกล่าว

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์จะไม่ถูกโอนไปยังตัวแทนผู้ติดตามหนี้สำหรับห

นี้ด้วยคุณภาพ

การเข้าร่วมแผนงานนี้จะพิจารณาตามอัลกอริทึมการจัดอันดับคะแนนโดยใช้ข้อมูลสาธารณะและโดยปกติจะไม่ใช้เกณฑ์คะแนนค่าธรรมเนียมแบบ

ปรับได้ (slide fee)

ไม่อนุญาตให้จัดส่วนลดบางส่วนกับโปรแกรมความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์นี้

ข้อมูลพิจารณาเฉพาะบุคคลประกอบไปด้วย:

- บุคคลที่เสียชีวิตโดยไม่มีทรัพย์สินมรดกหรือไม่ทราบตัวทายาท
- บุคคลเร่ร่อนไร้บ้าน
- บุคคลที่แปลกแยกจากครอบครัวและไม่มีผู้ดูแล
- ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบสนอง หรือไม่สามารถดำเนินการตามกระบวนการตามปกติได้

การคำนวณคะแนนเพื่อพิจารณาความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์จะรวมปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจเข้ากับข้อมูลที่ไม่เกี่ยวกับช่องกับ

เครดิตทางการเงิน กระบวนการคัดกรองจะใช้ฐานข้อมูลสาธารณะที่มีข้อมูลดังต่อไปนี้:

- ข้อมูลธุรกรรมการบริโภค
- ประวัติคดีในศาล
- การครอบครองทรัพย์สิน
- การเป็นเจ้าของบ้านและผู้ให้เช่าที่พักอาศัย
- ข้อมูลประจำตัวบุคคล ข้อมูลทางเศรษฐกิจในพื้นที่
- สถานะการจ้างงาน
- ข้อมูลเกี่ยวกับสาธารณูปโภค
- ข้อมูลของภาครัฐ
- แฟ้มข้อมูล (การล้มละลาย หมายเลข SSN หรือบุคคลที่เสียชีวิต)

ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์จะไม่อ้างอิงข้อมูลการรายงานถึงเครดิตบูโรและไม่ระบุข้อมูลที่สำคัญในรายงานข้อมูลทางเครดิต

แต่อย่างไร

ข้อมูลที่ได้จะนำมาคำนวณหาคะแนนความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อการสงเคราะห์ตั้งแต่ 0

(มีความจำเป็นอย่างยิ่ง) ถึง 1000 (มีความจำเป็นน้อยที่สุด)

ข้อมูลนี้เป็นการคาดการณ์ความจำเป็นของผู้ค้าประกันโดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ที่ทราบรวมถึงแต่ไม่เพียงจำกัด

ที่รายได้ ทรัพย์สิน และสภาพคล่องทางการเงิน

การพิจารณายอดเงินที่ได้รับสิทธิ์

- จะมีการเพิ่มธงสถานะกำกับกับการออกบิลเรียกเก็บเงินไปที่ยอดเงินที่ได้รับสิทธิ์
- สิทธิภายใต้ Medicare จะไม่ถูกพิจารณารวมอยู่ด้วย
- หากได้รับอนุมัติความช่วยเหลือ จะใช้รหัสการปรับ EPIC เพื่อระบุยอดเงินที่ได้รับสิทธิ์
 - 5027 บริการแบบไม่คิดค่าใช้จ่ายเพื่อการสงเคราะห์หลังหักประกันและสิทธิปร

ะโยชน์ต่างๆ

- 5026 บริการแบบไม่คิดค่าใช้จ่ายเพื่อการสงเคราะห์

F. นโยบายเครดิตสำหรับผู้ให้บริการ

- D-HH มีบัญชีลูกค้า/ผู้ให้บริการอยู่สามประเภทดังต่อไปนี้:
 - บัญชีเพื่อการศึกษาวิจัย
 - บัญชีลูกค้าเชิงพาณิชย์ (เช่น Hospice, SNF, City Accounts, Lab ฯลฯ)
 - บัญชีอาชีวอนามัยที่มีสัญญาการให้บริการที่นายจ้างกำหนดเป็นเงื่อนไขในการจ้างงาน โดยนายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
- ข้อมูลสรุปทางบัญชีจะมีการจัดทำเป็นรายเดือนและกำหนดให้ชำระเงินภายใน 30 วันนับจากวันที่ออกรายการสรุปข้อมูลทางบัญชี
- จะไม่มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบัญชีเหล่านี้
- บัญชีที่มีอายุมากกว่า 30 วันจะได้รับจดหมายแจ้งการเลยกำหนดของการชำระเงิน และแจ้งว่าหากยังไม่ชำระเงิน อาจต้องเสียดอกเบี้ยเพิ่มเติมที่อัตรา 1.5% ต่อเดือนสำหรับยอดคงค้างทั้งหมด
- D-HH สงวนสิทธิ์ในการโอนบัญชีที่ผิดนัดชำระทั้งหมดไปยังตัวแทนการติดตามหนี้

G. บัญชีล้มละลาย

- ศาลล้มละลายจะมีการส่งหนังสือแจ้งกรณีการล้มละลายสองประเภท:
 - หนังสือแจ้งการเริ่มต้นของคดี
 - การปลด/การไม่ปลดจากภาระหนี้ของลูกค้าหนี้
- หลังจาก D-HH ได้รับแจ้งกรณีการล้มละลายแล้ว การติดตามหนี้ทั้งหมดจะต้องสิ้นสุดลง
- D-HH ได้รับหนังสือแจ้งการเริ่มต้นของคดี
 - การฟ้องคดีอาจเป็นการฟ้องเฉพาะบุคคลหรือการฟ้องรวม โดยยกเว้นผู้เยาว์
 - จะต้องมีการระบุนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด และลงหมายเหตุกำกับแต่ละบัญชีว่ามีการฟ้องล้มละลายอยู่ รวมถึงวันที่ของการฟ้องคดี
 - หากมีการโอนบัญชีใดๆ ให้แก่ตัวแทนการติดตามหนี้จากภายนอก จะต้องมีการทำหมายเหตุกำกับไว้สำหรับบัญชีดังกล่าว และตัวแทนได้รับทราบ รวมทั้งส่งสำเนาการฟ้องคดีให้แก่ศาลล้มละลายเพื่อเก็บบันทึก
 - ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ระบุในหนังสือแจ้งจะถูกรวมเพื่อวัตถุประสงค์ของการพิจารณาในคดีล้มละลาย
 - ค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะต้องมีการอัปเดตเป็นข้อมูลล่าสุดตามระดับชั้นทางการเงินของคดีล้มละลาย
- หลังจากมีคำวินิจฉัยคดีล้มละลายแล้ว ศาลจะส่งหนังสือแจ้งการปลด/ไม่ปลดภาระหนี้ของลูกค้าหนี้

ในกรณีที่ไม่ปลดภาระหนี้ D-HH จะสามารถติดตามเรียกเก็บหนี้ต่อไปได้

- หาก D-HH ได้รับหนังสือแจ้งการปลดภาระหนี้ หน่วยงานจะต้องปรับยอดคงค้างในระบบ Epic
- บัญชีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับคดีล้มละลายจะต้องมีการระบุผลลัพธ์ทางการเงินไว้ให้ชัดเจน

- ตัวแทนการติดตามหนี้จะได้รับหนังสือแจ้งพร้อมเอกสารสนับสนุนเพิ่มเติม ถ้ามี

H. การใช้สิทธิในการฟ้องคดี

- D-HH จะจำกัดการติดตามเรียกเก็บเงินยอดคงค้างที่ผู้ป่วยต้องชำระเองหรือยอดคงค้างการเรียกร้องค่าสินไหมใดๆ สำหรับบัญชีที่มีการฟ้องคดีเมื่อได้รับคำสั่งคุ้มครอง (LOP) จากทนายความตัวแทนของผู้ป่วย
ที่ระบุว่าคดีฟ้องร้องดังกล่าวจะมีการปกป้องผลประโยชน์ของ D-HH อย่างเต็มที่ในข้อตกลงที่เกิดขึ้นตามมาใดๆ
- หากข้อตกลงถูกปฏิเสธ ยอดคงค้างจะถูกโอนกลับไปให้ผู้ค้าประกันและจะมีการติดตามเรียกเก็บเงินต่อไป
- D-HH
สงวนสิทธิ์ยื่นคำร้องขอใช้สิทธิเหนือทรัพย์สินของบุคคลภายนอกเพื่อรักษาผลประโยชน์ของทางโรงพยาบาล

V. ข้อมูลอ้างอิง - N/A

เจ้าของผู้รับผิดชอบ:	แผนกจัดการรายได้	ผู้ติดต่อ:	Kimberly Mender
อนุมัติโดย:	คณะกรรมการอำนวยการ; ประธานเจ้าหน้าที่ - ฝ่ายการเงิน; สำนักสนับสนุนด้านนโยบาย (OPS); Kays, Kieran; Naimie, Tina	เลขเวอร์ชัน	8
วันที่อนุมัติในปัจจุบัน:	11/03/2020	รหัสเอกสารเดิม:	RMD.0025
วันที่นโยบายมีผลบังคับใช้:	11/03/2020		

สำเนาที่จัดพิมพ์ให้ไว้เพื่อใช้อ้างอิงเท่านั้น กรุณาอ้างอิงสำเนาข้อมูลฉบับอิเล็กทรอนิกส์เวอร์ชันล่าสุด

เลขรหัสอ้างอิง 4834, เลขเวอร์ชัน 8

วันที่อนุมัติ: 11/03/2020

นโยบายและระเบียบขั้นตอนที่เกี่ย ยวข้อง:	กระบวนการจ่ายเงินงบประมาณและแผนการจัดทดแทน (reinstatement): แผนจัดการรายได้ นโยบายความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับบริการด้านการแพทย์
เครื่องมือช่วยในการทำงานที่เกี่ ยวข้อง:	