

UPMC
MANUALE DELLE POLICY E DELLE PROCEDURE

POLICY: HS-RE0722 *
TITOLO INDICE: Entrate

OGGETTO: Procedura di Assistenza Finanziaria

DATA: 1 luglio 2016

I. POLICY

UPMC si impegna ad offrire assistenza finanziaria a coloro che necessitano di cure mediche e che non sono assicurati, sono sottoassicurati, non hanno i requisiti per accedere ai programmi governativi, non hanno i requisiti per ottenere l'assistenza governativa (ad esempio Medicare o Medicaid) o che pur essendo iscritti a Medicaid necessitano di un servizio medico necessario specifico non coperto o che non possono altrimenti permettersi di sostenere il costo di cure mediche necessarie. UPMC compie ogni possibile sforzo per far sì che la disponibilità finanziaria delle persone che necessitano di servizi sanitari non impedisca loro di chiedere e ricevere le cure.

Per consentire a UPMC di gestire in modo responsabile le proprie risorse e garantire il livello appropriato di assistenza al maggior numero possibile di persone che ne necessitano, i pazienti sono tenuti a contribuire al costo delle proprie cure in base alla propria capacità contributiva.

I pazienti che avanzano richiesta di assistenza finanziaria devono altresì collaborare con le procedure di UPMC per ottenere assistenza finanziaria o altre forme di pagamento entro 30 giorni dalla data del servizio; coloro che hanno la disponibilità finanziaria per acquistare un'assicurazione sanitaria saranno incoraggiati a farlo.

In base alla normativa EMTALA (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act), nessun paziente sarà sottoposto a screening ai fini dell'assistenza finanziaria o per ottenere informazioni sul pagamento prima dell'esecuzione di analisi mediche e, nella misura in cui siano necessari, dei servizi richiesti per curare il paziente o stabilizzarlo in vista di un trasferimento, se applicabile. Ai fini della concessione dell'assistenza finanziaria non verranno considerati età, genere, razza, stato sociale o di immigrazione, orientamento sessuale, identità sessuale o appartenenza religiosa.

Nella Sezione XIV sono disponibili i collegamenti alle policy citate per riferimento nella presente policy.

II. SCOPO

Questa policy prende in esame i vari tipi e livelli di requisiti di idoneità all'assistenza finanziaria, i servizi inclusi ed esclusi e la procedura per garantire l'assistenza finanziaria.

III. AMBITO

La presente policy si applica a tutti gli ospedali UPMC con sede negli Stati Uniti completamente integrati e ai provider di personale medico (vedere gli allegati - Elenchi di strutture e provider).

IV. DEFINIZIONI

Di seguito vengono fornite le definizioni di alcuni termini, valide ai fini della presente policy.

Terapie o interventi d'urgenza: la cura o il trattamento di situazioni mediche d'urgenza secondo la definizione di EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act).

Assistenza finanziaria: per assistenza finanziaria si intende la prestazione gratuita o a tariffe scontate di servizi sanitari a persone in possesso dei requisiti stabiliti.

Famiglia: secondo la definizione dell'Ufficio del Censimento USA, un gruppo di due o più persone che risiedono insieme o legate da vincoli di nascita, adozione, matrimonio, matrimonio tra persone dello stesso sesso, partner non sposati o conviventi.

Non assicurato: il paziente non è coperto da alcuna assicurazione (privata o governativa) o altre potenziali forme di assistenza, come quelle destinate alle vittime di crimini violenti, assicurazione auto, responsabilità civile verso terzi e così via, che possano aiutarlo a onorare gli obblighi di pagamento per i servizi sanitari ricevuti da UPMC.

Sottoassicurato: il paziente è coperto da un'assicurazione (privata o governativa) o altre potenziali forme di assistenza, come quelle destinate alle vittime di crimini violenti, assicurazione auto, responsabilità civile verso terzi e così via. Le sue spese vive tuttavia sono tali da non consentirgli di sostenere il costo dei servizi sanitari presso UPMC.

Reddito/Reddito familiare: Il reddito/reddito familiare viene determinato calcolando le seguenti fonti di reddito per tutti i membri del nucleo familiare.

- Salari, stipendi, mance
- Reddito d'impresa
- Prestazioni previdenziali
- Pensione sociale o pensione di vecchiaia
- Dividendi e interessi
- Affitti e canoni
- Indennità di disoccupazione
- Indennità compensative per lavoratori
- Alimenti e sostegno ai figli
- Sentenze
- Contanti, conti bancari e conti del mercato monetario
- Certificati di deposito maturati, fondi comuni, obbligazioni o altre forme di investimento facilmente convertibili che possono essere incassate senza penali
- Dichiarazioni di sostegno

- Altri redditi, quali redditi da fondi fiduciari, fondazioni e così via.

Voci che non concorrono alla formazione del reddito:

- Prima casa
- Fondi pensione
- Veicolo principale

Indigenza: il reddito è al di sotto del 200% delle linee guida federali sulla povertà.

Stato di disagio di natura finanziaria o medica: assistenza finanziaria fornita sotto forma di sconto per i pazienti idonei con un reddito familiare annuo superiore al 200% delle linee guida federali sulla povertà e con spese vive o spese a carico del paziente per servizi medici forniti da UPMC superiori al 15% del reddito familiare.

Linee guida federali sulla povertà: le linee guida federali sulla povertà vengono aggiornate annualmente nel Registro Federale dal Dipartimento per la salute e i servizi sociali degli Stati Uniti (Department of Health and Human Services) ai sensi della sottosezione (2) della Sezione 9902 del Titolo 42 del Codice degli Stati Uniti. È possibile consultare le linee guida federali correnti sulla povertà all'indirizzo <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Presunte cure di beneficenza: l'utilizzo di fonti di dati esterne di pubblico dominio che forniscono informazioni sulla capacità contributiva di un paziente.

V. IDONEITÀ

A. Servizi idonei ai sensi di questa policy. L'assistenza finanziaria è disponibile per i soggetti in possesso dei requisiti che richiedono o ottengono interventi d'urgenza e altre cure mediche necessarie da provider UPMC. La Policy di Assistenza Finanziaria (FAP) copre le cure mediche necessarie definite dal Commonwealth della Pennsylvania. Il § 1101.21a del Codice PA 55 del Commonwealth della Pennsylvania fornisce la seguente definizione di necessità medica:

Un servizio, un elemento, una procedura o un livello di cura è ritenuto necessario per curare o gestire correttamente una malattia, lesione o disabilità se:

- (1) È o si prevede ragionevolmente che sia in grado di prevenire i sintomi iniziali di una malattia, condizione, lesione o disabilità; oppure
- (2) È o si prevede ragionevolmente che sia in grado di ridurre o migliorare gli effetti fisici, mentali o inerenti allo sviluppo di una malattia, condizione, lesione o disabilità; oppure
- (3) Aiuterà il destinatario a raggiungere o mantenere la massima capacità funzionale nello svolgimento delle attività quotidiane, tenuto conto sia della capacità funzionale del destinatario che delle capacità funzionali adeguate per i destinatari della stessa età.

- B. I servizi non idonei per l'assistenza finanziaria di cui nella presente Policy, indipendentemente dal fatto che possano costituire una cura medica necessaria, includono:**
- a. Interventi di chirurgia estetica non considerati necessari dal punto di vista medico
 - b. Tutti i trapianti e i servizi correlati
 - c. Procedure bariatriche e i servizi correlati
 - d. Procedure correlate alla riproduzione (come fecondazione in vitro, vasectomie, ecc.)
 - e. Agopuntura
 - f. Visite mediche virtuali online e i servizi di telemedicina correlati, incluse cure specialistiche virtuali e servizi di consultazione per la conferma di diagnosi e terapie
 - g. Servizi prestati presso le postazioni di Primo Soccorso di UPMC
 - h. Prezzo a pacchetto: i servizi inclusi in un prezzo a pacchetto sono offerti in bundle e soggetti a una tariffa inclusiva alla quale non possono essere applicate altre forme di sconto.
 - i. Assistenza infermieristica privata
 - j. Servizi forniti e fatturati da enti non UPMC che possono includere esami di laboratorio o diagnostici, terapie odontoiatriche, di riabilitazione visiva e logopedica, occupazionali e fisioterapiche
 - k. Conti o servizi ricevuti da un paziente coinvolto in contenziosi correlati a o che possono dare come esito un ricovero in base ai costi dei servizi erogati presso UPMC
 - l. Altri servizi non coperti, quali interventi laser agli occhi, apparecchi acustici, ecc.

VI. CRITERI DI IDONEITÀ E ASSISTENZA

- A.** UPMC fornirà assistenza finanziaria in base alla propria missione e ai propri valori. Verrà presa in considerazione l'idoneità all'assistenza finanziaria di coloro che non sono assicurati, sono sottoassicurati o che hanno difficoltà finanziarie nel sostenere l'intero importo delle spese vive previste per i servizi erogati da UPMC. L'assistenza finanziaria sarà fornita in ottemperanza alle leggi federali, statali e locali. I richiedenti l'assistenza finanziaria sono tenuti ad iscriversi ai programmi pubblici per la copertura disponibile, se idonei, e a perseguire forme di pagamento tramite assicurazioni sanitarie pubbliche o private per le cure fornite da UPMC. L'assistenza finanziaria potrà essere negata qualora i pazienti si rifiutino di presentare domanda di adesione a programmi che potrebbero coprire il costo dei servizi sanitari. UPMC farà il possibile per aiutare i pazienti a presentare domanda per programmi pubblici e privati.

Di norma, l'assistenza finanziaria non viene concessa ai pazienti le cui pendenze siano costituite unicamente da ticket o se una persona non rispetta i ragionevoli requisiti assicurativi (ad esempio ottenendo autorizzazioni e/o segnalazioni) o a coloro che rinunciano alla copertura assicurativa disponibile, indipendentemente dal fatto che il paziente disponga o meno dei requisiti di idoneità.

Inoltre, questa policy non si applica a coloro che risiedono al di fuori dell'area di servizio e che dovrebbero viaggiare per ottenere cure da un provider UPMC. L'area di servizio include tutte le province contigue a una struttura UPMC. I pazienti internazionali non residenti sono esclusi dall'assistenza finanziaria, salvo che per cure urgenti. UPMC, a propria discrezione, può rinunciare a tali esclusioni dopo aver preso in considerazione tutti i fatti e le circostanze rilevanti. Inoltre, UPMC può approvare l'assistenza finanziaria per i pazienti che utilizzano presunte cure di beneficenza.

B. Linee guida per l'idoneità all'assistenza finanziaria del paziente. Salvo quanto diversamente disposto nel presente documento, ai servizi idonei ai sensi della presente Policy messi a disposizione del paziente sarà applicata una scala indicizzata, in base allo stato di bisogno economico, secondo quanto stabilito in riferimento alle linee guida sul livello federale di povertà pubblicate dal Dipartimento per la salute e i servizi sociali degli Stati Uniti.¹

1. Indigenza:

A. Se un paziente è *senza assicurazione* e il reddito del paziente e/o della parte responsabile (ad esempio genitori, coniuge, ecc.) è pari o inferiore al **200%** delle linee guida federali sulla povertà, il paziente potrà godere di una riduzione del 100% per le cure fornite dal Provider. Ciò significa che non sarà richiesto nessun corrispettivo per i servizi.

B. Se il paziente è *sottoassicurato* e il reddito del paziente e/o della parte responsabile (ad esempio genitori, coniuge, ecc.) è pari o inferiore al **200%** delle linee guida federali sulla povertà, il paziente è idoneo per l'assistenza finanziaria. Verrà emessa fattura all'assicurazione del paziente e, in caso di approvazione, il paziente potrebbe essere sollevato da ogni onere finanziario al netto della copertura assicurativa, salvo eventuali ticket. Se il reddito del paziente sottoassicurato è superiore al 200% delle linee guida federali sulla povertà, il paziente potrebbe essere idoneo a ricevere assistenza finanziaria per difficoltà di natura finanziaria o medica.

2. Cure a tariffe scontate: L'assistenza può essere fornita sotto forma di sconto o riduzione degli obblighi del paziente in funzione del reddito del paziente e/o della parte responsabile.

Se il reddito di un paziente senza assicurazione e/o della parte responsabile (ad esempio genitori, coniuge, ecc.) è superiore al **200%** e

¹ Le linee guida federali sulla povertà per l'anno corrente sono disponibili all'indirizzo <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>. Le linee guida federali sulla povertà utilizzate dal Provider saranno aggiornate annualmente in coincidenza con gli aggiornamenti di tali linee guida pubblicati dal Dipartimento per la salute e i servizi sociali degli Stati Uniti.

inferiore o uguale al **400%** delle linee guida federali sulla povertà, il paziente ha diritto all'assistenza con una riduzione dell'85% delle spese a carico del paziente per tutti i conti. Ciò significa che le tariffe per i servizi saranno limitate al minore tra il 15% dei costi lordi o gli importi generalmente fatturati, definiti di seguito.

3. Se il reddito del paziente e/o della parte responsabile (ad esempio genitori, coniuge, ecc.) è superiore al 200% delle linee guida federali sulla povertà, il paziente potrebbe essere preso in considerazione per difficoltà di natura finanziaria o medica. UPMC contemplerà l'assistenza anche per i pazienti le cui spese vive o a carico superino il 15% del reddito familiare o qualora le fatture mediche di un paziente siano di un'entità tale da minacciare la sopravvivenza finanziaria del paziente. L'assistenza sarà fornita sotto forma di un adeguamento dei costi mirato a contenere le spese a carico del paziente entro il 15% del reddito familiare.

Ferme restando le disposizioni contenute nella presente policy, in caso di concessione di un'assistenza finanziaria che non copra il 100% dei costi del servizio, l'importo dovuto dai pazienti che ai sensi della presente Policy hanno diritto a cure scontate non sarà superiore agli importi generalmente fatturati, definiti di seguito. UPMC a propria discrezione può rinunciare ai requisiti di idoneità o modificarli dopo aver preso in considerazione tutti i fatti e le circostanze rilevanti al fine di conseguire lo scopo essenziale della presente Policy, vale a dire assicurare le cure mediche ai pazienti privi di mezzi finanziari.

VII. IMPORTI GENERALMENTE FATTURATI

UPMC non addebiterà ai pazienti idonei per i servizi d'urgenza e altri servizi medici necessari un importo superiore a quello generalmente fatturato ai pazienti con copertura assicurativa per tali cure. UPMC utilizzerà il metodo di previsione Medicare per stabilire gli importi generalmente fatturati, vale a dire che determinerà tali importi utilizzando la procedura di fatturazione e codifica che utilizzerebbe se la persona idonea fosse beneficiaria di un servizio a pagamento, fissando l'importo generalmente fatturato per le cure sul totale riconosciuto da Medicare per le cure (inclusi l'importo rimborsato da Medicare e l'importo a carico del beneficiario per ticket, coassicurazione e franchigie). A questo scopo, UPMC selezionerà l'importo più basso utilizzato da qualsiasi struttura ospedaliera coperta dalla policy come importo generalmente fatturato per il metodo di previsione e lo applicherà come importo generalmente fatturato a tutte le cure d'urgenza e altre cure mediche necessarie coperte dalla policy.

VIII. RICHIESTA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

La determinazione dell'idoneità verrà effettuata in base alla policy di UPMC e a una valutazione dello stato di bisogno economico del paziente. I pazienti senza assicurazione o sottoassicurati saranno informati della policy di assistenza finanziaria e della procedura per la presentazione della domanda. I richiedenti l'assistenza finanziaria sono tenuti ad iscriversi ai programmi pubblici per la copertura disponibile, se idonei, e a perseguire forme di pagamento tramite assicurazioni sanitarie pubbliche o private per le cure fornite da UPMC. UPMC elaborerà la richiesta di assistenza finanziaria entro 30 giorni dal

ricevimento. In caso di documentazione incompleta, il paziente avrà altri 30 giorni per rispondere alla richiesta.

UPMC si adopererà per spiegare ai pazienti i vantaggi di Medicaid e altri programmi pubblici e privati a disposizione e per fornire informazioni sui programmi che possono provvedere alla copertura dei servizi.

Le informazioni sulla copertura pubblica o privata e sulla Policy di Assistenza Finanziaria di UPMC saranno comunicate ai pazienti in un linguaggio di facile comprensione, culturalmente adeguato e nelle lingue più diffuse tra le comunità presenti nelle aree servite dagli ospedali applicabili.

A. Iter di presentazione della domanda:

Di norma un paziente non è idoneo per l'assistenza finanziaria fino a quando non ha presentato domanda ed è stato dichiarato non idoneo per i programmi di assistenza federali e governativi del Commonwealth applicabili. UPMC metterà a disposizione risorse che assisteranno i pazienti nelle procedure di iscrizione e/o di presentazione della domanda per programmi federali e governativi del Commonwealth. UPMC può decidere di elaborare la domanda di assistenza finanziaria senza essere in possesso della documentazione relativa alla non idoneità del paziente per Medical Assistance o altri programmi di assistenza governativi.

Tutti i richiedenti devono compilare il modulo di domanda per l'Assistenza Finanziaria di UPMC (vedere allegato) e fornire i documenti richiesti. Se la documentazione non è allegata alla domanda, per determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria potranno essere utilizzati i dati finanziari condivisi sulla domanda. La firma del paziente sarà utilizzata come attestazione di validità delle informazioni fornite. Inoltre, sebbene le domande complete di documentazione di supporto di norma rendano più efficiente l'iter di presentazione della domanda, l'assistenza finanziaria può essere concessa in assenza di una domanda completa di documentazione di supporto come previsto dalla presente policy secondo la presunta idoneità all'assistenza finanziaria (descritta di seguito) o altrimenti a discrezione di UPMC.

Le domande di assistenza finanziaria devono essere presentate al seguente ufficio:

Patient Financial Services Center
UPMC
Quantum 1 Building
2 Hot Metal Street
Pittsburgh, PA 15203
1-800-371-8359 opzione 2

Le richieste di assistenza finanziaria saranno elaborate tempestivamente e UPMC invierà comunicazione scritta al paziente o al richiedente entro 30 giorni dal ricevimento della domanda completa. Qualora venga negata l'idoneità all'assistenza finanziaria in qualsiasi forma offerta, il paziente potrà ripresentare la domanda in qualsiasi momento. Se al paziente viene negata l'assistenza finanziaria e non è stato stabilito un pagamento a saldo o un piano di pagamento, il conto potrebbe essere trasferito a un'agenzia di recupero

crediti esterna per il follow-up. Consultare la Policy di Fatturazione ai Clienti e Recupero Crediti di UPMC HS-RE0724.

Se un paziente riceve l'approvazione dell'assistenza finanziaria, le pendenze del paziente idoneo saranno regolate di conseguenza per i servizi risalenti fino a un anno prima dell'approvazione della domanda. La domanda rimarrà depositata per tre mesi e potrà essere utilizzata per concedere assistenza finanziaria entro il periodo di tre mesi senza richiedere ulteriori informazioni finanziarie. Le domande dei pazienti affetti da tumore saranno approvate per un periodo di tempo di 6 mesi successivi per garantire la continuità della cura.

Il periodo di approvazione dell'idoneità all'assistenza finanziaria inizierà dalla data in cui il paziente viene dichiarato idoneo per l'assistenza fino a un anno prima della data di idoneità. Le date dei servizi che non rientrano nel periodo di un anno potranno essere considerate caso per caso a discrezione di UPMC.

Se un paziente riceve l'approvazione dell'assistenza finanziaria attraverso l'iter di presentazione della domanda e ha effettuato il pagamento di conti con i requisiti per l'assistenza finanziaria nel corso dell'anno precedente alla data di ricevimento della domanda, verrà rimborsato in misura congrua con il livello di assistenza finanziaria accordato, fatta eccezione per i ticket.

B. Idoneità presunta all'assistenza finanziaria:

Indigenza presunta:

UPMC è consapevole che non tutti i pazienti sono in grado di compilare la domanda di assistenza finanziaria o di fornire la documentazione richiesta. Vi possono essere casi in cui l'assistenza finanziaria viene concessa e il paziente viene dichiarato idoneo per l'assistenza anche in mancanza della domanda formale e dell'accertamento del reddito descritti nella presente policy. Durante la procedura di accertamento della capacità contributiva di un paziente, UPMC, a propria discrezione, può dichiarare il conto del paziente inesigibile e classificarlo come conforme ai criteri di idoneità. L'idoneità presunta può essere concessa ai pazienti in base a situazioni personali quali:

1. la mancanza di fissa dimora o il ricevimento di cure da una clinica per pazienti senzatetto;
2. la partecipazione a programmi WIC (Women, Infants and Children, programma nutrizionale per donne, neonati e bambini);
3. il percepimento dei benefici previsti dal programma SNAP (Supplemental Nutritional Assistance Program);
4. l'idoneità ad altri programmi di assistenza statali o locali come quello per le vittime di crimini violenti (Victims of Violent Crimes);
5. il decesso di un paziente nullatenente.

Nei casi in cui viene riconosciuta l'idoneità presunta all'assistenza finanziaria, in genere viene concesso uno sconto del 100%.

Altra idoneità presunta:

Per i pazienti che non rispondono all'iter di presentazione della domanda di UPMC, è possibile utilizzare altre fonti di informazione, quali il reddito stimato e la composizione del nucleo familiare forniti da un modello predittivo o informazioni desunte da una recente domanda per Medical Assistance, per effettuare una valutazione individuale dello stato di bisogno economico. Queste informazioni consentiranno a UPMC di prendere una decisione informata sullo stato di bisogno economico dei pazienti che non rispondono, utilizzando le migliori stime disponibili in assenza di dati forniti direttamente dal paziente.

Allo scopo di aiutare i pazienti finanziariamente disagiati, UPMC può incaricare una terza parte di esaminare i dati del paziente per valutarne lo stato di bisogno economico. Per questa analisi viene utilizzato un modello predittivo riconosciuto dal settore sanitario, basato sui database dei registri pubblici. Il modello comprende i dati dei registri pubblici che consentono di assegnare un punteggio della situazione socioeconomica e finanziaria che tiene conto di reddito, risorse e liquidità stimati. Il set di regole del modello ha lo scopo di valutare ciascun paziente in base agli stessi standard ed è calibrato in base alle approvazioni storiche di assistenza finanziaria di UPMC. Il modello predittivo consente a UPMC di valutare se un paziente presenta le caratteristiche di altri pazienti che in passato erano stati ritenuti idonei per l'assistenza finanziaria in base all'iter tradizionale di presentazione della domanda.

UPMC può utilizzare le informazioni fornite dal modello predittivo per concedere l'idoneità presunta nei casi in cui il paziente non abbia fornito direttamente alcuna informazione. Laddove non sia stato possibile confermare la disponibilità della copertura, il modello predittivo fornisce un metodo sistematico per concedere l'idoneità presunta a pazienti finanziariamente disagiati.

Se il paziente non risulta idoneo per il livello massimo di assistenza finanziaria in base al set di regole di presunzione, egli potrà comunque presentare le informazioni richieste per accedere all'iter tradizionale di presentazione della domanda di assistenza finanziaria. Se la procedura di idoneità presunta rifiuta l'assistenza finanziaria a un paziente, il paziente riceverà una lettera insieme a una domanda di assistenza finanziaria. Il paziente avrà 30 giorni per compilare la domanda prima che il conto venga inviato a un'agenzia di recupero crediti esterna.

Lo screening presuntivo è vantaggioso per la comunità in quanto consente a UPMC di individuare sistematicamente i pazienti finanziariamente disagiati, riducendo il carico amministrativo e di fornire assistenza finanziaria ai pazienti che non rispondono all'iter di presentazione della domanda di assistenza finanziaria.

IX. NOTIFICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA E INFORMAZIONI CORRELATE

La Policy di Assistenza Finanziaria (FAP) di UPMC, il modulo di domanda per FAP e il Riassunto in forma discorsiva semplificata della FAP (i "Documenti FAP") sono a disposizione di tutti i pazienti UPMC nelle forme delineate di seguito.

- A. La FAP, il modulo di domanda per la FAP e il Riassunto in forma discorsiva semplificata della FAP sono reperibili sul sito Web di UPMC,

(<http://www.upmc.com/about/community-commitment/financial-assistance/Pages/default.aspx>), attraverso la normale procedura di ricerca applicabile al sito. I Documenti FAP sono stampabili dal sito Web.

- B. La FAP, il modulo di domanda per la FAP e il Riassunto in forma discorsiva semplificata della FAP sono disponibili su richiesta e gratuitamente sia nelle aree pubbliche presso gli ospedali UPMC che per posta.
- C. Informazioni e notifiche sulla FAP e sulla disponibilità dei Documenti FAP vengono fornite ai visitatori tramite comunicazioni accluse alle fatture del paziente e affisse nei reparti di pronto soccorso, nelle postazioni di primo soccorso, negli uffici accettazione, negli uffici amministrativi dell'ospedale e negli uffici per i servizi finanziari rivolti ai pazienti presenti nei campus delle strutture e in altri luoghi pubblici selezionati da UPMC. Le informazioni saranno inoltre pubblicate nei siti Web pubblici. La segnalazione di pazienti per l'assistenza finanziaria può essere effettuata da qualsiasi membro del personale o dello staff medico di UPMC, inclusi medici, infermieri, consulenti finanziari, assistenti sociali, case manager, cappellani e altri.

X. RISOLUZIONE DI RICORSI E CONTESTAZIONE

I pazienti possono chiedere il riesame da parte di UPMC in caso di contestazione della domanda di assistenza finanziaria. I pazienti ai quali è stata rifiutata l'assistenza finanziaria hanno inoltre la facoltà di ricorrere contro la determinazione di idoneità.

È possibile presentare contestazioni e ricorsi contattando il Direttore di UPMC Revenue Cycle, Patient Advocacy (Patrocinio dei diritti dei pazienti). La contestazione o il ricorso dovrà essere presentato in forma scritta e inviato entro 30 giorni dall'esperienza del paziente che ha generato la contestazione o dalla notifica delle decisioni relative all'idoneità all'assistenza finanziaria.

Contestazioni e ricorsi dovranno essere inviati al seguente ufficio:

Director, UPMC Revenue Cycle, Patient Advocacy
Quantum 1 Building
2 Hot Metal Street
Pittsburgh, PA 15203

XI. RECUPERO CREDITI IN CASO DI MANCATO PAGAMENTO

UPMC non intraprenderà misure straordinarie di recupero crediti, come definito dalle leggi federali in vigore. Se la persona riceve già assistenza finanziaria e collabora in buona fede al pagamento delle pendenze, ma ciò nonostante è in difficoltà, UPMC cercherà di offrire un piano di dilazione del pagamento.

Consultare la Policy di Fatturazione ai Clienti e Recupero Crediti di UPMC HS-RE0724 per le misure che la struttura ospedaliera potrebbe intraprendere in caso di mancato pagamento. Questa policy può essere richiesta gratuitamente contattando il Patient Financial Services Center al numero 1-800-371-8359.

XII. REQUISITI NORMATIVI

Nell'implementazione della presente Policy, la dirigenza e le strutture UPMC si atterranno alle leggi, ai regolamenti e alle normative federali, statali e locali in vigore.

XIII. ARCHIVIAZIONE

UPMC documenterà tutta l'assistenza finanziaria per consentire adeguati controlli e rispettare tutti i requisiti di conformità interni ed esterni.

XIV. POLICY CITATE PER RIFERIMENTO NELLA PRESENTE POLICY

[HS-RE0724 Fatturazione ai Clienti e Recupero Crediti](#)

FIRMATO: Jeffrey Porter
Vicepresidente, Revenue Cycle

ORIGINALE: 1 ottobre 1999

APPROVAZIONI:

Sottocommissione per la revisione delle policy: 12 maggio 2016

Staff esecutivo: 3 giugno 2016 (efficacia: 1 luglio 2016)

PRECEDENTE: 31 agosto 2015

SPONSOR: Direttore Associato, Revenue Cycle

Allegati

*** Con riferimento alle business unit UPMC descritte nella sezione Ambito, questa policy intende sostituire le policy delle singole business unit che hanno come oggetto la stessa materia. Le policy delle business unit dello stesso ambito riguardanti la stessa materia devono essere stralciate da tutti i manuali.**

ELENCO DELLE STRUTTURE

UPMC Presbyterian Shadyside, Oakland campus
UPMC Presbyterian Shadyside, Shadyside campus
Western Psychiatric Institute and Clinic
Children's Hospital of Pittsburgh of UPMC
Magee-Women's Hospital of UPMC
UPMC St. Margaret
UPMC Passavant, McCandless campus
UPMC Passavant, Cranberry campus
UPMC McKeesport
UPMC Mercy
UPMC Bedford
UPMC East
UPMC Hamot
UPMC Northwest
UPMC Altoona
UPMC Horizon, Shenango campus
UPMC Horizon, Farrell campus
UPMC Jameson

ELENCO DEI PROVIDER

Butler Cancer Associates, Inc.
Donahue & Allen Cardiology-UPMC, Inc.
Erie Physicians Network-UPMC, Inc.
Fayette Oncology Associates
Fayette Physician Network, Inc.
Great Lakes Physician Practice, P.C.
Hematology Oncology Association
Heritage Valley/UPMC Multispecialty Group, Inc.
Jefferson/UPMC Cancer Associates
Lexington Anesthesia Associates, Inc.
Mountain View Cancer Associates, Inc.
Oncology-Hematology Association, Inc.
Passavant Professional Associates, Inc.
Regional Health Services, Inc.
Renaissance Family Practice-UPMC, Inc.
Tri-State Neurosurgical Associates-UPMC, Inc.
University of Pittsburgh Cancer Institute Cancer Services
University of Pittsburgh Physicians, Inc.
UPMC Altoona Partnership for a Health Community
UPMC Altoona Regional Health Services, Inc.
UPMC and the Washington Hospital Cancer enter
UPMC Community Medicine , Inc.
UPMC Complete Care, Inc.
UPMC Emergency Medicine, Inc.
UPMC Multispecialty Group, Inc.
UPMC/HVHS Cancer Center
UPMC/Jameson Cancer Center
UPMC/St. Clair Hospital Cancer Center
UPMC/Conemaugh Cancer Center