

UPMC
POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE UPMC

POLÍTICA: HS-RE0722 *
TÍTULO DE ÍNDICE: Ingreso

ASUNTO: Proceso de Asistencia Financiera

FECHA: 1 de julio de 2016

I. POLÍTICA

UPMC está comprometido a proporcionar asistencia financiera a las personas que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro, su seguro es insuficiente, no son elegibles para un programa del gobierno, no califican para recibir asistencia gubernamental (por ejemplo, Medicare o Medicaid), o que son aprobados para Medicaid, pero el servicio específico médicaamente necesario se considera no cubierto por Medical Assistance, o de lo contrario no puede pagar por la atención médica necesaria. UPMC se esfuerza para asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no las detenga de buscar o recibir atención.

Para que UPMC pueda administrar sus recursos de manera responsable y proporcionar un nivel adecuado de asistencia al mayor número de personas necesitadas, se espera que los pacientes contribuyan con el costo de su atención según su capacidad individual de pagar.

También se espera que los pacientes que solicitan asistencia financiera cooperen con los procedimientos de UPMC para obtener asistencia financiera u otras formas de pago dentro de los siguientes 30 días de la fecha de servicio; se alentará a aquellos que tengan la capacidad financiera de comprar un seguro a que lo hagan.

Según los reglamentos de la Ley de tratamiento médico de emergencia y parto federal (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA), no se investigará la necesidad de asistencia financiera ni la información de pago de pacientes antes de proporcionar un examen de detección médica y, en la medida necesaria, servicios necesarios para tratar al paciente o estabilizarlo para un traslado, según corresponda. La concesión de asistencia financiera no tomará en cuenta la edad, sexo, raza, estado social o de inmigración, orientación sexual, identidad de género o afiliación religiosa.

En la Sección XIV se pueden encontrar enlaces de las políticas citadas en esta política.

II. PROPÓSITO

Esta política trata sobre los diversos tipos y niveles de los requisitos de elegibilidad de asistencia financiera, los servicios que están incluidos y excluidos y el proceso para asegurar la asistencia financiera.

III. ALCANCE

Esta política aplica a todos los hospitales y proveedores médicos de UPMC en Estados Unidos completamente integrados. (Consulte adjuntos: Lista de Proveedores y Lista de Centros).

IV. DEFINICIONES

Con el fin de esta política, los términos a continuación se definen como sigue:

Atención de emergencia o tratamiento de emergencia: La atención o el tratamiento de afecciones médicas de emergencia según lo define la EMTALA.

Asistencia Financiera: La asistencia financiera es la provisión de servicios de atención médica gratuitos o con descuento a personas que cumplen con los criterios establecidos.

Familia: Según lo definido por la Oficina de Censo de Estados Unidos (U.S. Census Bureau), un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, adopción, matrimonio, matrimonio del mismo sexo, solteros o una pareja de hecho.

Sin Seguro: El paciente no tiene ningún nivel de seguro (privado o gubernamentales) u otras opciones de ayuda potencial, como Víctimas de delitos violentos, Seguro de automóvil, Responsabilidad de terceros, etc., para poder cumplir sus obligaciones de pago por los servicios de atención médica recibidos de UPMC.

Seguro insuficiente: El paciente tiene algún nivel de seguro (privado o gubernamentales) u otras opciones de ayuda potencial, como Víctimas de delitos violentos, Seguro de automóvil, Responsabilidad de terceros, etc., pero todavía tiene gastos de desembolso directo que exceden su capacidad financiera para pagar los servicios de atención médica recibidos de UPMC.

Ingresaos/ingresos de la familia: El ingreso/ingreso familiar se determina con el cálculo de las siguientes fuentes de ingresos para todos los miembros de un hogar que califiquen,

- Sueldos, salarios, propinas
- Ingreso de negocios
- Ingresos del Seguro Social
- Ingresos de pensión o jubilación
- Dividendos e intereses
- Renta y regalías
- Compensación por desempleo
- Ingreso por compensación de trabajadores
- Pensión alimenticia y manutención infantil
- Resoluciones legales
- Efectivo, cuentas bancarias y cuentas de mercados monetarios
- Certificados de depósito vencidos, fondos de inversión, bonos u otras inversiones fácilmente convertibles que se puedan cobrar sin multa
- Cartas de apoyo
- Otros ingresos, como ingresos por fondos fiduciario, fundaciones de caridad, etc.

Para considerar el ingreso no se incluyen los siguientes:

- Residencia principal
- Fondos de jubilación
- Vehículo principal

Indigencia: Ingresos inferiores al 200 % de los lineamientos federales de pobreza.

Dificultades financieras o médicas: La asistencia financiera que se proporciona como un descuento a pacientes elegibles con un ingreso familiar anual que exceda el 200 % de los lineamientos federales de pobreza y el gasto de desembolso directo o responsabilidad del paciente que resulten de servicios médicos proporcionados por UPMC que excedan 15 % del ingreso familiar.

Lineamientos federales de pobreza: Los lineamientos federales de pobreza se actualizan anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (United States Department of Health and Human Services) de Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Los lineamientos federales de pobreza actuales se pueden encontrar en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Atención de caridad presuntiva: El uso de fuentes externas disponibles públicamente que proporcionan información sobre la capacidad de pago de un paciente.

V. ELEGIBILIDAD

A. Servicios elegibles bajo esta política. La asistencia financiera está disponible para las personas elegibles que buscan u obtienen atención de emergencia o médicaamente necesaria de los proveedores de UPMC. Esta Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) cubre la atención médica necesaria según lo definido por el Estado de Pennsylvania. El Estado de Pennsylvania define, en la Sección 1101.21a del Código de PA 55, médicalemente necesario como:

Un servicio, artículo, procedimiento o nivel de atención que sea necesario para el tratamiento o manejo apropiado de una enfermedad, lesión o discapacidad es una que:

- (1) Se espera razonablemente que prevenga el inicio de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad; o
- (2) Se espera razonablemente que disminuya o mejore la evolución de los efectos físicos y mentales de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad; o
- (3) Ayudará al receptor a lograr o mantener la capacidad funcional máxima al realizar actividades cotidianas, teniendo en cuenta la capacidad funcional del receptor y las capacidades funcionales que sean apropiadas para los receptores de la misma edad.

B. Los servicios no elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta póliza, independientemente de si constituye atención médica necesaria, incluyen:

- a. Cirugía cosmética que no se considera médica necesaria
- b. Todos los trasplantes y servicios relacionados
- c. Cirugía bariátrica y todos los servicios relacionados
- d. Procedimientos relacionados con la reproducción (como fecundación in-vitro, vasectomía, etc.)
- e. Acupuntura
- f. Visitas de atención médica virtuales en línea y servicios de telemedicina relacionados, que incluyen atención especializada virtual y servicios de segunda opinión
- g. Servicios realizados en cualquier lugar de atención de urgencia de UPMC
- h. Paquete de precios: servicios incluidos en un paquete de precios están combinados y sujetos a una tasa inclusiva que no está sujeta a cualquier otra forma de descuento.
- i. Atención privada de enfermería
- j. Servicios proporcionados y facturados por una entidad que no es UPMC que puede incluir análisis de laboratorio o pruebas diagnósticas, dentales, visión y del habla, y terapia ocupacional o física.
- k. Las cuentas de los pacientes o servicios que recibió de un paciente que participa en litigios pendientes que se relaciona con o puede resultar en una generación de recuperación basada en los cargos por servicios proporcionados en UPMC
- l. Otros servicios no cubiertos, como la cirugía de la vista con láser, aparatos de corrección auditiva, etc.

VI. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y ASISTENCIA

- A.** La asistencia financiera se proporcionará de acuerdo con la misión y valores de UPMC. Se considerará la elegibilidad de asistencia financiera para los pacientes sin seguro médico y con seguro insuficiente, y aquellos para los cuales sería una dificultad financiera a pagar la totalidad de los gastos de desembolso directo esperados para los servicios proporcionados por UPMC. La asistencia financiera se proporcionará de acuerdo con leyes federales, estatales y locales. Para recibir asistencia financiera, los solicitantes deben solicitar a los programas públicos la cobertura disponible, si son elegibles, así como para obtener opciones de pago de un seguro de salud pública o privada para la atención proporcionada por UPMC. A los pacientes que no cooperen haciendo la solicitud a programas que puedan pagar por sus servicios de atención médica se les puede negar la asistencia financiera. UPMC realizará esfuerzos para ayudar a los pacientes a hacer la solicitud para programas públicos y privados.

Por lo general, no hay disponible asistencia financiera para saldos de pacientes que consistan solo en copagos, o cuando una persona falla en cumplir razonablemente con los requisitos del seguro médico (por ejemplo, la obtención de autorizaciones y/o referencias), o para las personas que se excluyan de la cobertura de seguro médico disponible, sin importar si el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad para asistencia financiera.

Además, esta política no aplicará a las personas que residan fuera del área de servicio y deban viajar para buscar tratamiento de un proveedor de UPMC. El área de servicio incluye todos los condados contiguos a un centro UPMC. Los pacientes internacionales no residentes están excluidos de la asistencia financiera, a menos que el paciente se trate por una emergencia. UPMC, a su discreción, puede renunciar a estas exclusiones después de tomar en consideración todos los hechos y circunstancias relevantes. Además, UPMC puede aprobar asistencia financiera para los pacientes utilizando la atención de caridad presuntiva.

B. Lineamientos de elegibilidad de Asistencia Financiera al paciente. Excepto cuando se indique lo contrario en este documento, los servicios elegibles bajo esta póliza estarán disponibles para el paciente en una escala móvil de cuotas, de acuerdo con la necesidad financiera, como se determina en referencia a los lineamientos del Índice de pobreza federal publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).¹

1. Indigencia:

- A. Cuando un paciente *no tiene seguro médico* y el ingreso del paciente y/o el de la parte responsable (por ejemplo, padres, cónyuge, etc.) es igual o inferior al **200 por ciento** de los lineamientos federales de pobreza, el paciente será aprobado para la reducción del 100 %, para la atención proporcionada por el proveedor. Esto significa que se eximen totalmente las tarifas por los servicios.
- B. Cuando un paciente tiene *seguro insuficiente* y el ingreso del paciente o de la parte responsable (por ejemplo, padres, cónyuge, etc.) es igual o inferior al **200 por ciento** de los lineamientos federales de pobreza; el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Se facturará el seguro médico del paciente, si se aprueba, es posible que el paciente no tenga ninguna responsabilidad después del seguro, a menos que sea un copago. Si el ingreso del paciente con seguro insuficiente es mayor al 200 por ciento de los lineamientos federales de pobreza, el paciente puede ser elegible para recibir asistencia financiera en forma de dificultades financieras o médicas.

2. Atención con descuento: La asistencia puede ser en forma de una obligación con descuento o reducida, dependiendo del ingreso del paciente o de la parte responsable.

¹ Los lineamientos federales de pobreza de este año están disponibles en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>. El uso del proveedor de los lineamientos federales de pobreza será actualizado una vez por año, junto con las actualizaciones de lineamientos federales de pobreza publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si el ingreso del paciente o la parte responsable (por ejemplo, padres, cónyuge, etc.) sin seguro es mayor que **200 por ciento** y menor o igual a **400 por ciento** de los lineamientos federales de pobreza, el paciente es elegible para recibir asistencia en forma de reducción del 85 por ciento en la responsabilidad del paciente para todas las cuentas del hospital. Esto significa que el pago por los servicios está limitado a la cantidad menor de 15 por ciento de los cargos brutos o los montos facturados generalmente (Amounts generally billed, AGB), tal como se define a continuación.

3. Si el ingreso del paciente o la parte responsable (por ejemplo, padres, cónyuge, etc.) excede el 200 % del Índice de pobreza federal, puede considerarse para Dificultades financieras o médicas. UPMC también considerará la ayuda cuando el gasto de desembolso directo de un paciente o responsabilidad del paciente excede el 15 % de un ingreso familiar o donde las facturas médicas de un paciente son de tal magnitud que el pago amenaza la supervivencia financiera del paciente. Se proporcionará asistencia en la forma de un ajuste de los cargos para evitar que la responsabilidad del paciente exceda el 15 % del ingreso familiar.

A pesar de lo descrito en esta política, una concesión de asistencia financiera que no cubra el 100 % de los cargos por el servicio, la cantidad debida de los pacientes que son elegibles bajo esta política para la atención con descuento no será mayor que los montos facturados generalmente (AGB), tal como se define a continuación. UPMC puede, a su criterio, eximir o modificar los requisitos de elegibilidad después de considerar todos los hechos y circunstancias relevantes con el fin de aplicar el propósito esencial de esta política de proporcionar atención médica a pacientes que carecen de medios financieros.

VII. MONTOS FACTURADOS GENERALMENTE

UPMC no le cobrará más del monto facturado generalmente (AGB) a una persona elegible por otros servicios de emergencia o médicamente necesarios para las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. UPMC utilizará el método prospectivo de Medicare para determinar el AGB, lo que significa que determinará el AGB mediante el uso del proceso de facturación y codificación que utilizaría si la persona elegible fuera un beneficiario libre de cuota por servicio de Medicare, y establecer el AGB por la atención a la cantidad que determina que sería el total que Medicare permita para la atención (que incluye tanto la cantidad que podría ser reembolsada por Medicare y la cantidad que el beneficiario podría ser personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coaseguro y deducibles). Para este propósito, UPMC seleccionará el menor monto que cualquier centro hospitalario cubierto por la póliza utilizaría como el AGB de acuerdo con el método prospectivo y aplicará dicho monto, según el AGB para toda la atención de emergencia o médicamente necesaria cubierta por la póliza.

VIII. SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

Las determinaciones de elegibilidad se harán con base en la política de UPMC y una evaluación de la necesidad financiera del paciente. Se informará a los pacientes sin seguro médico y con seguro insuficiente sobre la política de asistencia financiera y el

proceso para presentar una solicitud. Para recibir asistencia financiera, los solicitantes deben solicitar a los programas públicos la cobertura disponible, si son elegibles, así como para obtener opciones de pago de un seguro de salud pública o privada para la atención proporcionada por UPMC. UPMC procesará la solicitud para recibir asistencia financiera dentro de los siguientes 30 días de recibirla. Si falta documentación, se le dará al paciente 30 días adicionales para responder a la solicitud.

UPMC realizará esfuerzos razonables para explicar a los pacientes los beneficios de Medicaid y otros programas públicos y privados disponibles, y brindará información sobre los programas que puedan proporcionar la cobertura para los servicios.

Se comunicará a los pacientes la información sobre la cobertura pública o privada y la política de asistencia financiera de UPMC en lenguaje fácil de entender, culturalmente adecuado y en los idiomas que se hablan con más frecuencia en al área de servicio y comunidad del hospital que correspondan.

A. Proceso de solicitud:

Por lo general un paciente no es elegible para recibir asistencia financiera hasta que la solicite y se determina que no es elegible para los programas de asistencia gubernamentales estatales y federales aplicables. UPMC hará que los recursos estén disponibles para ayudar a los pacientes en la inscripción y/o la solicitud para los programas gubernamentales federales y estatales. UPMC puede decidir procesar la solicitud de asistencia financiera sin la documentación que diga que el paciente no es elegible para Medical Assistance u otros programas de asistencia gubernamental.

Se espera que todos los solicitantes completen el formulario de solicitud de asistencia financiera de UPMC (consulte el adjunto) y proporcionen los documentos solicitados. Si no se incluye la documentación en la solicitud, la información financiera compartida en la solicitud puede usarse con el fin de poder tomar la determinación de la asistencia financiera. La firma del paciente se utilizará como testimonio para la validez de la información proporcionada. Además, mientras que las solicitudes completas y la documentación de apoyo tienen más probabilidad de resultar en un proceso de solicitud más eficiente, se puede adjudicar asistencia financiera cuando la solicitud no está completa y la documentación de apoyo, según lo establecido por esta póliza bajo la asistencia financiera presunta (descrita más adelante), o de otra manera a discreción de UPMC.

Las solicitudes de asistencia financiera deben enviarse a la siguiente oficina:

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

Las solicitudes para recibir asistencia financiera se procesarán inmediatamente y UPMC le notificará al paciente o solicitante por escrito dentro de los siguientes 30 días de recibir la solicitud completa. Si se le niega la elegibilidad para cualquier asistencia

financiera ofrecida, el paciente puede volver a solicitarla en cualquier momento. Si se niega la asistencia financiera al paciente y no se realiza el pago del saldo o no se establece un plan de pago, se puede transferir la cuenta a una agencia tercera de cobro para darle seguimiento. Consulte la Política de Facturación y Cobros HS-RE0724 de UPMC.

Si se aprueba al paciente para recibir asistencia financiera, el saldo del paciente elegible se ajustará de acuerdo a los servicios de hasta un año antes de la aprobación de la solicitud. La solicitud permanecerá en nuestros archivos por tres meses y se puede utilizar para otorgar asistencia financiera durante un período de tres meses sin solicitar información financiera adicional. Las solicitudes del paciente con cáncer serán aprobadas por un período de tiempo de 6 meses hacia adelante para asegurar la continuación de la atención.

El período de aprobación de elegibilidad para asistencia financiera comenzará en la fecha en la se determina que el paciente es elegible para asistencia al paciente y un año antes de la fecha de elegibilidad. Las fechas de servicio fuera del rango de un año pueden ser consideradas caso a caso a discreción de UPMC.

Si se aprueba al paciente para recibir asistencia financiera a través del proceso de solicitud y realizó un pago en las cuentas que califican para recibir asistencia financiera en el último año desde la fecha en la que se recibe la solicitud; se reembolsará al paciente hasta que sea consistente con el nivel de asistencia financiera que se otorgó, con la excepción de los copagos.

B. Elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera:

Indigencia presunta:

UPMC reconoce que no todos los pacientes son capaces de completar la solicitud de asistencia financiera o proporcionar la documentación solicitada. Puede haber casos en los que se garantice la asistencia financiera y el paciente califique para obtener la asistencia, a pesar de la falta de solicitudes formales y una evaluación de ingresos, según se describe en esta política. En el curso normal de evaluación de la capacidad de pago de un paciente, UPMC, a su discreción, puede declarar incobrable la cuenta del paciente y clasificar la cuenta como que cumple con los criterios de elegibilidad. La elegibilidad presunta puede otorgarse a los pacientes según las circunstancias de la vida, como:

1. falta de vivienda o recibo de atención de una clínica para personas sin hogar;
2. participación en los programas de Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC);
3. recibir beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP);
4. elegibles para otros programas de asistencia estatales o locales, como Víctimas de Delitos Violentos;
5. paciente fallecido sin herederos conocidos.

Cuando se establezca la elegibilidad presunta de asistencia financiera, por lo general estará disponible un descuento del 100 %.

Otra elegibilidad presunta:

Para los pacientes que no respondan al proceso de solicitud de UPMC, se pueden utilizar otras fuentes de información, como el ingreso estimado y el tamaño de la familia proporcionado por un modelo de predicción o una solicitud reciente de Medical Assistance, para realizar una evaluación individual de necesidad financiera. Esta información le permitirá a UPMC tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no respondan al utilizar las mejores estimaciones disponibles en la ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.

Con el fin de ayudar a pacientes con necesidad financiera, UPMC puede utilizar a un tercero para revisar la información del paciente para determinar la necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo de atención médica reconocido en la industria y predictivo que se basa en bases de datos de registros públicos. El modelo incorpora datos de registros públicos para calcular una puntuación de capacidad socioeconómica y financiera que incluye las estimaciones de ingresos, recursos y liquidez. El conjunto de reglas del modelo está diseñado para evaluar a cada paciente con los mismos estándares y está calibrado contra las aprobaciones anteriores de asistencia financiera para UPMC. El modelo de predicción permite que UPMC determine si un paciente es similar a otros pacientes que anteriormente calificaron para recibir asistencia financiera en el proceso de solicitud tradicional.

UPMC puede utilizar la información del modelo predictivo para otorgar elegibilidad presunta en casos que exista ausencia de información proporcionada directamente por el paciente. Cuando los esfuerzos para confirmar la disponibilidad de cobertura no fueron exitosos, el modelo predictivo proporciona un método sistemático para otorgar elegibilidad presunta a pacientes con necesidad financiera.

En caso de que un paciente no califique para el nivel más alto de asistencia financiera bajo el conjunto de reglas presuntas, el paciente aún puede proporcionar la información necesaria y se considera como el proceso de solicitud de asistencia financiera tradicional. Cuando se niega la asistencia financiera a un paciente a través del proceso de elegibilidad presunta, se enviará una carta al paciente junto con una solicitud de asistencia financiera. El paciente tendrá 30 días para completar la solicitud antes de enviar la cuenta a una agencia tercera de cobros.

La detección presunta proporciona beneficios a la comunidad al permitir que UPMC sistemáticamente identifique a los pacientes con necesidad financiera, reducir las cargas administrativas, y proporcionar asistencia financiera a los pacientes que no responden al proceso de solicitud de asistencia financiera.

IX. NOTIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA E INFORMACIÓN RELACIONADA

La Política de Asistencia Financiera de UPMC (FAP), el formulario de solicitud de la FAP y el Resumen en lenguaje sencillo de la FAP (los “documentos de FAP”) estarán disponibles para todos los pacientes de UPMC como sigue:

- A. La FAP, formulario de solicitud de FAP y un resumen en lenguaje sencillo de la FAP están disponibles en el sitio web de UPMC,

(<http://www.upmc.com/about/community-commitment/financial-assistance/Pages/default.aspx>), que se puede buscar por el mecanismo aplicable al sitio general. Los documentos de la FAP se pueden imprimir desde el sitio web.

- B. La FAP, el formulario de solicitud de FAP y el Resumen en lenguaje sencillo de la FAP están disponibles a solicitud y sin cargo, tanto en lugares públicos de hospitales de UPMC y por correo.
- C. Se informa y notifica a los visitantes del centro acerca de la FAP y la disponibilidad de los documentos de la FAP a través de avisos en facturas y avisos publicados en las salas de emergencia, los centros de atención de urgencia, departamentos de admisión y registro, oficinas de negocios del hospital y las oficinas de servicios financieros al paciente que se encuentran en el campus de la institución y otros lugares públicos que UPMC puede seleccionar. También se incluirá información en sitios web públicos. Se pueden realizar remisiones a los pacientes para recibir asistencia financiera por cualquier miembro del personal de UPMC o el personal médico, que incluye médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, los capellanes y otras personas.

X. **APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE DISPUTAS**

Los pacientes pueden solicitar una revisión de UPMC en el caso de una disputa sobre la aplicación de esta política de asistencia financiera. Los pacientes a los que se les niega la asistencia financiera también pueden apelar su determinación de elegibilidad.

Las disputas y apelaciones pueden presentarse al comunicarse con el Director del Ciclo de Ingresos, Defensor del Paciente de UPMC. La base de la disputa o apelación debe presentarse por escrito y dentro de los siguientes 30 días después de la experiencia del paciente que da lugar a la disputa o la notificación de la decisión sobre la elegibilidad de asistencia financiera.

Las disputas o apelaciones de asistencia financiera deben enviarse a la siguiente oficina:

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

XI. **COBROS EN CASO DE FALTA DE PAGO**

UPMC no participará en acciones de recolección extraordinarias, tal como se define en la ley federal aplicable. Si el individuo ya es un receptor de asistencia financiera y él/ella coopera en buena fe para pagar su saldo pero experimenta dificultad, UPMC tratará de ofrecer un plan de pago extendido.

Consulte la Política de Facturación y Cobro HS-RE0724 de UPMC para las acciones que puede tomar el centro hospitalario en el caso de falta de pago. Esta política se puede obtener sin costo alguno al comunicarse con el Centro de Servicios Financieros al Paciente al 1-800-371-8359.

XII. REQUISITOS REGULATORIOS

En la implementación de esta política, la administración y centros de UPMC deben cumplir con todas las leyes, reglas y reglamentos federales, estatales y locales aplicables.

XIII. MANTENIMIENTO DE REGISTROS

UPMC documentará toda la asistencia financiera con el fin de mantener controles adecuados y cumplir con todos los requisitos de cumplimiento internos y externos.

XIV. POLÍTICAS CITADAS EN ESTA POLÍTICA

[HS-RE0724 Facturación y Cobro al Paciente](#)

FIRMA: Jeffrey Porter
Vicepresidente, Ciclo de Ingresos

ORIGINAL: 1 de octubre de 1999

APROBACIONES:

Subcomité de Revisión de la Política: 12 de mayo de 2016
Personal ejecutivo: 3 de junio de 2016
(Fecha de entrada en vigencia: 1 de julio de 2016)

ANTERIOR: 31 de agosto de 2015

PATROCINADOR: Director Adjunto, Ciclo de Ingresos (Associate Director, Revenue Cycle)

Adjuntos

* Con respecto a las unidades de negocios de UPMC que se describen en la sección de campo de acción, esta política tiene como objetivo reemplazar las políticas de la unidad de negocio individuales que cubren el mismo asunto. Las políticas de unidad de negocios al alcance que cubren el mismo tema se deberán retirar de todos manuales.

LISTA DE CENTROS

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

LISTA DE PROVEEDORES

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