

## UPMC PINNACLE

Política nro. C-669  
ÍNDICE: Finanzas

**ASUNTO:** Créditos y cobranzas

**FECHA:** 1/sep/22

### I. POLÍTICA

Las políticas de pago de los pacientes son necesarias para garantizar que los hospitales mantengan la viabilidad financiera, con el fin de salvaguardar su capacidad para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de la comunidad, en consonancia con la misión de los hospitales.

UPMC Pinnacle trabaja bajo los siguientes principios establecidos por el Consejo de Administración de la Asociación Americana de Hospitales:

- A. Tratar a todos los pacientes de forma equitativa, con dignidad, con respeto y con compasión.
- B. Atender las necesidades de atención sanitaria de urgencia de todos, independientemente de la capacidad de pago del paciente.
- C. Ayudar a los pacientes que no pueden pagar una parte o la totalidad de la atención que reciben.
- D. Equilibrar la ayuda financiera necesaria para algunos pacientes con responsabilidades fiscales más amplias para mantener las puertas de los hospitales abiertas a quienes puedan necesitar atención en una comunidad.

### II. ÁMBITO

Esta política se aplica a las siguientes instalaciones del hospital UPMC Central Pa:

- Hospitales de UPMC Pinnacle (incluyendo Harrisburg, Community y West Shore)
- UPMC Carlisle
- UPMC Memorial
- UPMC Lititz
- UPMC Hanover

Además, esta política se aplica al Equipo de Vida Comunitaria y todas las prácticas de consultorios médicos propiedad de Pinnacle Health Medical Services (d/b/a Pinnacle Health Medical Group), Pinnacle Health Cardiovascular Institute y Pinnacle Health Regional Physicians.

### III. Pautas del procedimiento:

Responsabilidad: se utilizan los siguientes criterios para determinar la responsabilidad financiera por los servicios prestados:

- A. El paciente, si tiene 18 años y es legalmente competente.
- B. Padre o tutor legal de un menor de 18 años.
- C. Persona así designada por un documento legal.
- D. Pacientes menores de 18 años que se consideran menores emancipados por uno o varios de los siguientes motivos:
  - Está actualmente embarazada o lo ha estado alguna vez.
  - Se casó.
  - Terminó el bachillerato.
  - Se provee su propio apoyo y mantenimiento.Además, los menores de 18 años pueden dar su consentimiento, y ser responsables financieramente, si se solicita la confidencialidad de los padres, para los siguientes tratamientos:
  - Detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
  - Detección y tratamiento de VIH.
  - Anticoncepción (pero no aborto).
  - Tratamiento contra drogas y alcohol.
  - Tratamiento de salud mental si tiene 14 años o más.
- E. Otras personas que asumen la responsabilidad financiera mediante la firma del Acuerdo para asumir la responsabilidad financiera de UPMC in Central Pa.

IV. Preadmisiones: con el fin de proporcionar el tiempo adecuado para verificar los requisitos de seguro y precertificación en los procedimientos electivos e identificar la responsabilidad del paciente, es esencial que el área de Prerregistro Central de los Hospitales reciba la notificación de la admisión/cirugía cinco días hábiles antes del servicio. Se reprogramarán los casos que no estén precertificados por la aseguradora antes del servicio. Se solicitan depósitos para todos los saldos estimados de los pacientes. Esto incluye servicios no cubiertos, deducibles, coseguros, etc. Los pacientes que sean preadmitidos tendrán la oportunidad de recibir asesoramiento financiero al momento de las pruebas de preadmisión o por teléfono antes del ingreso. Se discutirán y organizarán varias opciones de pago antes de la fecha del servicio. Dependiendo de la cantidad de dinero en juego o de la urgencia de los servicios a prestar, los casos se pueden reprogramar si no se cumplen los acuerdos de pago adecuados. Las cirugías electivas, tales como los servicios no cubiertos, cosméticos y bariátrica, entre otros, se deben pagar en su totalidad antes de los servicios.

V. No asegurados: a los pacientes no asegurados que no tienen una necesidad urgente o emergente de tratamiento se les pueden requerir que analicen sus arreglos financieros con un asesor financiero antes del tratamiento. La ayuda financiera se ofrece a través de la política de atención caritativa y asistencia financiera de los hospitales que se describe en la política nro. C-667. Tras un ingreso no programado, los pacientes no asegurados son entrevistados por un consejero de solicitudes de certificado o un asesor financiero, que es un empleado del hospital o un agente contratado, que completará la solicitud de Asistencia Médica con la información proporcionada por el paciente y presentará la solicitud en la

Oficina de Asistencia del Condado correspondiente. Los pacientes ambulatorios son asistidos por los consejeros de solicitud certificados de los hospitales o los asesores financieros para obtener Asistencia Médica.

- VI. Asignación de prestaciones:** los hospitales presentarán formularios de facturación para todos los seguros asignados a la organización con una prueba adecuada de cobertura. Se puede exigir al responsable que colabore en el proceso de seguimiento del reclamo y se le exigirá el pago si el seguro no ha resuelto un reclamo limpio en un plazo de 60 días. Los seguros secundarios se facturarán según corresponda.
- VII. No divulgación de los servicios de autopago a los planes de salud:** de acuerdo con la Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH), UPMC in Central Pa aceptará la solicitud de un paciente de protección de la privacidad en cuanto a la divulgación de la información de salud protegida para el pago o las operaciones de atención médica si la información pertenece solo a un artículo o servicio de atención médica que el paciente ha pagado de su bolsillo en su totalidad, a menos que las divulgaciones sean requeridas por la ley o sean para fines de tratamiento.
- VIII. Cobro de los importes de autopago:** los siguientes pasos describen los esfuerzos de cobro después de la prestación del servicio:
- A. Una vez determinado el saldo del paciente, se elaborará una declaración. Esta declaración inicial informa al paciente que la ayuda financiera está disponible para aquellos que la soliciten y cumplan con los requisitos. La declaración inicial concede 26 días para el pago. Si no se recibe el pago en 26 días, se enviará una segunda declaración. El mensaje de la segunda declaración indicará que la cuenta está vencida y que existe una ayuda financiera para quienes la soliciten y cumplan con los requisitos. Veintiséis (26) días después de la segunda declaración, se enviará una carta de precobranza en la que se informará al paciente de que su cuenta se remitirá a una agencia de cobranzas externa en caso de que no se realice el pago en 14 días ni se establezca un acuerdo de pago. Una vez más, la declaración señalará que la ayuda financiera está disponible y revelará que cualquier saldo impagado se puede enviar a una agencia de cobranzas en caso de que no soliciten y cumplan con los requisitos para la ayuda financiera o establezcan condiciones de pago aceptables. En función de la propensión al pago del garante, la agencia de cobros trabajará la cuenta realizando un número variado de llamadas IVR y enviando un número variado de cartas/comunicados durante un periodo mínimo de 42 días. Ninguna agencia de cobro de morosos realizará ninguna ECA (acción extraordinaria de cobro). El saldo impagado no se transferirá a la cobranza de impagados hasta un mínimo de 120 días después de la fecha anotada en la primera declaración del paciente.
  - B. A los 120 días como mínimo, si no se paga la cuenta o no se establecen acuerdos de pago, el saldo de la cuenta se transferirá a una cobranza primaria. La cuenta se trasladará al fichero de impagados y se aplicará contra la reserva del balance (nota: los gastos de insolvencia se reconocen sobre la base de una metodología de reserva y no al momento de la transferencia).
  - C. Todas las cuentas se remiten a las agencias de cobranza primaria, independientemente del pagador original. Esta agencia principal trabajará la cuenta durante un mínimo de nueve meses. Si la agencia primaria no genera ningún pago en la cuenta, esta se puede remitir a la agencia secundaria. La agencia secundaria trabajará la cuenta durante otros nueve meses. Tras la devolución de la cuenta por parte de la agencia secundaria o de

la agencia primaria después de 18 meses, cesan todos los esfuerzos de cobro por parte de UPMC Pinnacle.

- D. UPMC Pinnacle y cualquier agencia de cobranza contratada limitarán las acciones de cobranza de cuentas a las prácticas comerciales estándar aceptables, que incluyen llamadas telefónicas y envíos por correo. Bajo ninguna circunstancia UPMC in Central Pa o sus agencias de cobranza contratadas adoptarán un ECA que incluya demandas, embargos, arrestos u otras acciones similares.
- E. Se enviará una solicitud de ayuda financiera completa al Departamento de Servicios de Ayuda Financiera para el paciente. Cuando se reciba la solicitud, el personal revisará y determinará si la solicitud está completa y si la documentación respalda la elegibilidad para recibir la atención caritativa o la asistencia financiera. Si no se recibe toda la documentación necesaria, se notificará al solicitante por teléfono o por escrito y se procederá a la cobranza. Para más detalles, consulte la política de asistencia caritativa y financiera, nro. C-667.

- IX. Descuentos:** a los pacientes no asegurados (que pagan por sí mismos) se les ofrecerá como mínimo un descuento del 40 % para los servicios prestados en todos los hospitales de UPMC Pinnacle, tal como se indica al principio de esta política. Este descuento excluye los precios especiales que pueden ser servicios normalmente no cubiertos por el seguro médico. Servicios tales como cosmética, bariatría u otros precios especiales, entre otros.

A los pacientes asegurados que reciben servicios en los Hospitales UPMC Pinnacle se les puede ofrecer un 20 % de descuento por pronto pago. Un asesor financiero o un registrador puede crear un presupuesto antes del día del servicio o ese mismo día y solicitar el pago. Los descuentos por pronto pago solo están disponibles para aquellos pacientes que pagan por adelantado su parte estimada antes del servicio, el día del servicio o antes del alta si son pacientes internos o en observación. Los servicios que pueden ser considerados como no cubiertos o experimentales por un seguro específico, a discreción del gerente del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes, el director o el vicepresidente del Ciclo de Ingresos pueden aprobar un descuento adicional.

También se ofrece atención caritativa y asistencia financiera de diversas maneras a todos los pacientes. Los pacientes pueden pedir una solicitud en cualquier área de registro, a un asesor financiero del hospital, como se indica en todos los estados de cuenta de los pacientes, visitando el sitio web de los hospitales o llamando al Departamento de Servicios de Apoyo Financiero al Paciente. Consulte la política de atención caritativa y asistencia financiera, nro. C-667, para obtener más información sobre las pautas específicas de la política.

Tenga en cuenta que los descuentos no siempre son aplicables y no se combinan.

- X. Condiciones de pago:** el cliente dispone de varias opciones de pago: efectivo, cheque, tarjeta de crédito y pagos a plazos. Los planes a plazos ofrecidos equilibran nuestra necesidad de cumplir con las obligaciones financieras al tiempo que intentan ayudar a los pacientes a poder pagar su atención. Los arreglos que se pagan en un plazo de 3 meses son gestionados por el hospital. Los planes de más de 3 meses son gestionados por ClearBalance a través de Republic Bank & Trust Company.

- XI. Sobrepago:** cualquier sobrepago de los saldos de la cuenta por parte del paciente se aplicará a los saldos pendientes para el mismo paciente o garante (familia). Si no hay deudas pendientes, el pago se reembolsará en coordinación con todas las partes que hayan realizado pagos que hagan el balance del crédito.
- XII. Confidencialidad:** el personal del hospital siempre tratará a los clientes con respeto y dignidad. Todos los registros e información, incluido el conocimiento de los servicios y la deuda, se consideran confidenciales de acuerdo con la normativa HIPAA.

**FIRMADO:** Neal McKnight  
Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**ORIGINAL:** 28/oct/1998

**APROBACIONES:** Neal McKnight  
Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

**PRECEDENTE:** 18/may/2020

**PATROCINADOR:** Director de Servicios de Apoyo Financiero para el Paciente