

Título da Política	Política de Crédito e Cobrança	Ident. da Política:	4834
Palavras-chave	Crédito, Cobrança, Crédito Malparado		

I. Finalidade da Política

Determinar como a Conifer Revenue Cycle Solutions ("Conifer") deve procurar e obter valores de contas de pacientes, enquanto agente contratado pelo Dartmouth-Hitchcock Health.

II. Âmbito da Política

Esta política aplica-se a todos os funcionários responsáveis pelos processos de crédito e cobrança e todos os valores faturados através do Dartmouth-Hitchcock Health. Esta política aplica-se aos estabelecimentos de membros do D-HH que utilizam o sistema Epic.

III. Definições

Agência de Cobrança: Uma entidade terceira que cobra valores que se consideram estar em falta.

Devedor: Alguém que tem uma dívida.

Nível de Dívida (Dun): O nível de comunicação com um(a) paciente em relação à(s) conta(s) a receber do(a) paciente. Quanto mais alto o nível de dívida, mais perto se está de considerar o valor em falta.

Em Falta: Um valor que não foi pago de acordo com os termos de pagamento identificados na conta, não tem qualquer acordo de pagamento estabelecido, e que seja movido de ativo a receber para uma agência de cobrança.

Garante: Qualquer paciente com mais de 18 anos de idade é identificado(a) como o(a) garante (salvo especificação em contrário pelo Estado ou tribunal), independentemente de sob quem o(a) paciente possa estar seguro(a). Para qualquer paciente com menos de 18 anos de idade, o pai ou mãe ou guardião(o) legal será considerado o(a) garante.

ECA: Ação de Cobrança Extraordinária, na sigla em inglês

Dartmouth-Hitchcock Health: Para efeitos desta política, os Membros do Sistema Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) são o Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, e Visiting Nurse and Hospice em Vermont e New Hampshire (VNH). Todos os outros hospitais de New Hampshire e Vermont são considerados estabelecimentos de Não Membros.

IV. Declaração de Política

- O D-HH tenta regularmente recolher as informações mais atuais sobre seguro do(a) Garante para um(a) paciente e verificar a cobertura e a responsabilidade de despesas correntes através das ferramentas existentes de seguro e verificação de benefícios.
- As despesas correntes, tais como cosseguro e valores de franquia, são estimadas, e os acordos de pagamento são procurados antes do serviço ou no momento do serviço.
 - Um(a) paciente pode ter a opção de pagar as despesas correntes depois de os serviços serem prestados.
 - Alguns serviços podem exigir pré-pagamento (p. ex., cosméticos, aparelhos auditivos, etc.).
- Para quaisquer valores não pagos, o D-HH vai emitir uma fatura e pedir o pagamento na totalidade.
- São aceites pagamentos parciais, desde que as expectativas mínimas de pagamento sejam cumpridas conforme o descrito no procedimento de plano de orçamento. Ver “Procedimentos do Plano de Pagamento de Orçamento e Reintegração: Divisão de Gestão de Receita” (na ligação abaixo).
- Os valores pendentes podem passar para a cobrança quando se determina que os valores são incobráveis e, nesse momento, os valores passam para uma agência de cobrança, considera-se que estão em falta, ou os valores pendentes podem ser classificados como crédito malparado.

A. Valores Autopagos

- Os valores autopagos representam encargos que são responsabilidade do(a) Garante.
- Estes incluem, entre outros:
 - Valores em contas para indivíduos sem seguro.
 - Valores após seguro ou pagamentos de terceiros, incluindo:
 - Encargos considerados como serviços não cobertos, tal como definido pelo plano de seguro do(a) paciente
 - Copagamentos
 - Cosseguro
 - Franquias
 - Garantes que paguem o seu próprio seguro e optem por não fazer a afetação ao D-HH
 - Artigos de conveniência do(a) paciente

B. Transferências para Autopagamento

- Os valores passam para o(a) Garante e as faturas são enviadas apenas depois de os pagamentos pelos serviços terem sido liquidados com entidades pagadoras externas, a não ser que as seguintes condições se verifiquem:
 - O D-HH não teve sucesso na adjudicação da dívida à entidade pagadora, apesar de tentativas repetidas para obtenção do pagamento.
 - O D-HH foi notificado pelo seguro contra terceiros de que o(a) Garante não respondeu aos pedidos de informações necessários para adjudicar a dívida a receber.
 - O(A) Garante fornece informações de seguro incorretas. A primeira fatura gerada para o(a) paciente vai providenciar o número de telefone do serviço ao cliente e um pedido para atualizar as informações de seguro se não estiverem corretas.

C. Faturas do(a) Paciente

- Os Garantes atualmente recebem as faturas desta forma:
 - Faturação *Resolute* do Hospital
 - Todos os serviços do hospital e todas as consultas hospitalares em Consultório Médico.

- *Faturação Resolute Professional*
 - Taxas profissionais para os prestadores (excluindo serviços ambulatoriais, incluindo serviços dentários).
- As orientações gerais para a produção de faturas para serviços hospitalares e clínicos são as seguintes:
 1. As faturas são normalmente emitidas mensalmente.
 2. Todas as faturas são geradas ao nível do(a) Garante, o que significa que múltiplas consultas ou múltiplas ordens de compra serão registadas numa única fatura.
 3. As datas e níveis de cobrança da próxima fatura são atribuídos antes de ser emitida a fatura com base nos pagamentos lançados.
 4. Para suspender a cobrança, deve ser feito um pagamento mínimo relacionado com um plano de orçamento estabelecido.
 5. Os Garantes que cumpram o requisito de pagamento mínimo atempadamente não verão a cobrança avançar para o nível seguinte.

D. Encaminhamento para Agência de Cobrança

- O D-HH não utilizará ações extraordinárias de cobrança (ECAs), tais como a comunicação de informações às agências de crédito, antes de envidar esforços razoáveis para determinar se o(a) paciente é elegível para assistência financeira. Um(a) paciente será alvo de cobrança apenas depois de primeiro fazer esforços razoáveis para determinar se é elegível para assistência financeira (isto inclui o uso de presunção de elegibilidade). Quaisquer exceções devem ser aprovadas pelo(a) Diretor(a) Financeiro(a). Para obter informações sobre as ações relativas à elegibilidade para assistência financeira, consulte a nossa "Política de Assistência Financeira para Serviços de Saúde" (ver a ligação abaixo). Estão disponíveis cópias *online* ou podem ser requeridas nos Gabinetes de Serviços Financeiros do(a) Paciente, ou podem ser enviadas por correio aos pacientes mediante chamada telefónica para o 844-808-0730.
- O D-HH abster-se-á de recorrer a ações da agência de cobranças até pelo menos 120 dias depois do envio da primeira fatura após a alta, e o D-HH enviará um aviso pelo menos 30 dias antes do envio para a cobrança.

E. Presunção de Caridade

O D-HH pode recorrer a terceiros para analisar as informações do(a) paciente, para avaliar as necessidades financeiras. Esta análise usa um modelo preditivo reconhecido no setor de saúde, que se baseia em bancos de dados públicos. O modelo incorpora dados públicos para calcular um resultado de capacidade socioeconómica e financeira que inclui estimativas para salário, recursos e liquidez. O conjunto de regras do modelo foi concebido para avaliar cada paciente de acordo com os mesmos padrões, e está calibrado tendo em conta as aprovações de histórico de assistência financeira do sistema do Dartmouth-Hitchcock Health.

As informações do modelo preditivo podem ser usadas pelo D-HH para conceder presunção de elegibilidade nos casos em que haja ausência de informações fornecidas diretamente pelo(a) paciente. A presunção de assistência financeira não está disponível para valores após Medicare.

É utilizada uma triagem de presunção, independentemente do valor pendente, em contas elegíveis superiores a 120 dias após a faturação, depois de avisos para cobrar a dívida e antes do encaminhamento da conta para uma agência externa de cobrança, para fornecer assistência financeira aos pacientes que não tenham respondido à notificação com a opção de preencher

uma Solicitação de Assistência Financeira. As contas de sucessão que excederam limites de tempo são elegíveis para triagem de presunção.

A Presunção de Caridade não substitui processos tradicionais de FAP; é usada para suplementar estes esforços, e destina-se aos pacientes que não respondem ao processo tradicional de FAP. Num esforço para remover obstáculos para estes pacientes, e melhorar os benefícios que providenciamos aos pacientes, o hospital usa um processo eletrónico de triagem antes da classificação como crédito malparado. Os pacientes elegíveis para Presunção de Caridade não serão colocados numa agência de cobrança de crédito malparado.

A inclusão neste programa baseia-se num algoritmo de pontuação que usa informação pública e normalmente não usa uma escala móvel de taxas. Não são permitidos descontos parciais com a Presunção de Caridade. Populações demográficas específicas devem incluir:

- Falecidos sem propriedade ou família conhecida
- Pessoas sem-abrigo, transitivamente
- Pessoas que se encontram abandonadas pela família, sem grupo de apoio
- Pacientes que não reagem ou não são capazes de realizar o processo tradicional

A pontuação de presunção de caridade integra um fator socioeconómico e dados não baseados em crédito. O processo de triagem tira partido de bases de dados públicas que contêm a seguinte informação:

- Transações de Consumo
- Registos do Tribunal
- Propriedade de Bens
- Habitação própria vs. arrendamento
- Demografia, economia da região
- Situação laboral
- Ficheiros de Serviços Públicos
- Governamental
- Ficheiros (Falência, NSS, indivíduos falecidos)

A Presunção de Caridade não depende de dados comunicados pelo departamento de crédito e não afeta os relatórios de crédito. A informação obtida integra uma pontuação de Presunção de Caridade de 0 (maior necessidade) até 1000 (menor necessidade). A informação prediz a necessidade do(a) garante com base nos fatores conhecidos, incluindo, entre outros, o Rendimento, Bens, e Liquidez.

Identificação de Contas Elegíveis

- Um sinalizador de faturação será adicionado a contas elegíveis
- Quem é elegível para Medicare será excluído
- Em caso de aprovação, serão usados códigos de ajustamento EPIC para identificar contas elegíveis
 - 5027 Presunção de Cuidados Gratuitos após seguro e código
 - 5026 Presunção de Cuidados Gratuitos

F. Política de Crédito do Fornecedor

- O D-HH tem as três categorias seguintes de contas de cliente/fornecedor:
 - Contas de estudo de investigação

- Contas comerciais de cliente (ou seja, Hospício, SNF, City Accounts, Laboratório, etc.).
- Contas de Medicina no Trabalho que tenham um contrato para serviços requeridos por um empregador como condição para o emprego serão pagas pelo empregador.
- São emitidas faturas mensais e são devidas na íntegra 30 dias a contar da data da fatura.
- Não serão feitos acordos orçamentais para estas contas.
- Às contas com mais de 30 dias é enviada uma carta que indica um montante vencido e contém um aviso que informa que o não pagamento continuado pode resultar em juros a uma taxa de 1,5% por mês sobre todos os valores pendentes.
- O D-HH reserva-se o direito de enviar as contas com valores em falta para Agências de Cobrança.

G. Contas em Insolvência

- São enviados dois tipos de avisos para o Tribunal de Insolvências:
 - Aviso de início de apresentação de queixa
 - Quitação/Indeferimento do devedor
- Quando o D-HH tiver sido notificado de uma falência, todas as tentativas de cobrança devem cessar.
- Aviso de abertura recebido pelo D-HH.
 - A apresentação do processo pode ser individual ou conjunta e as crianças não são registadas.
 - Todos os membros da família devem ser identificados e cada conta deve notar que os procedimentos de falência foram abertos e qual a data da entrada do processo.
 - Se alguma conta tiver sido encaminhada para uma agência externa de cobrança, a conta deve receber um aviso, a agência deve ser notificada, e uma cópia da queixa enviada ao tribunal de insolvências para os seus registos.
 - Todos os encargos especificados no aviso serão incluídos para efeitos da falência.
 - Todos os encargos devem ser atualizados para a classe de insolvência financeira.
- Quando a insolvência estiver concluída, o tribunal irá enviar um aviso do indeferimento ou quitação do devedor.

No caso de indeferimento, o D-HH pode retomar a cobrança.

- Se o D-HH receber uma quitação, devemos fazer o ajuste do valor no sistema Epic.
- Todas as contas relativas à falência devem ser notificadas e deve-lhes ser enviado o resultado final.
- As agências de cobrança serão notificadas e receberão quaisquer documentos comprovativos.

H. Ações judiciais

- O D-HH irá restringir o autopagamento de valores ou valores sujeitos a reclamação no caso de contas em litígio após a receção de uma Carta de Proteção (LOP, na sigla em inglês) enviada pelo(a) advogado(a) que represente o(a) paciente na qual se afirme que o(a) litigante protegerá o interesse do D-HH em qualquer acordo subsequente.
- Se o acordo for negado, os valores revertem para o(a) garante e são acordadas as modalidades de pagamento.
- O D-HH reserva-se o direito de apresentar um direito de retenção de dívida em casos de responsabilidade no interesse do hospital.

V. Referências - N/A

Proprietário Responsável:	Divisão de Gestão de Receita	Contacto(s)	Kimberly Mender
Aprovado Por:	Conselho de Administração; Gabinete de Apoio à Política (OPS, na sigla em inglês); Jantzen, Daniel; Mender, Kimberly; Naimie, Tina	N.º da Versão	9
Data de Aprovação Atual	03/30/2022	Ident. Documento Antigo:	RMD.0025
Data da Entrada em Vigor da Política:	03/30/2022		
Procedimentos e Políticas Relacionados:	Procedimentos do Plano de Pagamento de Orçamento e Reintegração:< 1 } Divisão de Gestão de Receitas Política de Assistência Financeira para Serviços de Saúde		
Auxiliares de Trabalhos Relacionados:			