

Título da Política	Política de Crédito e Cobrança	ID da Política	4834
Palavras-chave	Crédito, Cobrança, Crédito de Liquidação Duvidosa		

I. Propósito da Política

Definir como a Conifer Revenue Cycle Solutions (“Conifer”) acompanhará e liquidará os saldos das contas dos pacientes como agente contratado do Dartmouth-Hitchcock Health.

II. Escopo da Política

Esta política se aplica a todos os funcionários responsáveis pelos processos de crédito e cobrança e por todos os saldos faturados pelo Dartmouth-Hitchcock Health.

III. Definições

Agência de Cobrança: Empresa terceirizada que faz a cobrança de saldos considerados inadimplentes.

Devedor: A pessoa que está inadimplente.

Nível de Cobrança: O nível de comunicação com um paciente em relação às contas a receber deste paciente. Quanto maior for o nível de cobrança, maior a probabilidade do saldo ser considerado inadimplente.

Inadimplência: Um saldo não pago de acordo com os prazos de pagamento identificados no extrato, sem definição de acordo de pagamento e cujo status tenha sido transferido de recebível ativo para uma agência de cobrança.

Fiador: Todo paciente maior de 18 anos é identificado como fiador, independentemente de qual for a seguradora responsável pelo mesmo. No caso de pacientes menores de 18 anos, o(a) pai/mãe ou responsável legal será definido como fiador.

AEC: Ação Extraordinária de Cobrança

Dartmouth-Hitchcock Health: Para os fins desta política, os Membros do Sistema do Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) são o Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, e o Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Todos os demais hospitais em New Hampshire e Vermont não são considerados instalações membro.

A partir de 11 de maio de 2019, esta política se aplica à Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Alice Peck Day Memorial Hospital, e ao Cheshire Medical Center.

A partir de 10 de outubro de 2020, esta política também se aplicará ao New London Hospital.

IV. Declaração de Política

- O D-HH sempre busca coletar as informações de seguro do Fiador mais atuais para um paciente e verificar a cobertura e a responsabilidade pelas despesas decorrentes através do seguro existente e de ferramentas de verificação de benefícios.

- Despesas decorrentes, como despesas de franquia e despesas dedutíveis são estimadas e os acordos de pagamento são definidos antes da realização do serviço ou no momento da prestação do serviço.
 - Pacientes podem ter a opção de pagar pelas despesas decorrentes após a prestação dos serviços.
 - Alguns serviços requerem o pré-pagamento (ex. cosméticos, aparelhos auditivos, etc.).
- Caso haja despesas não pagas, o D-HH emitirá um extrato de cobrança e solicitará seu pagamento integral.
- Pagamentos parciais são aceitos desde que sejam realizados os pagamentos mínimos esperados, conforme descrito no procedimento do plano orçamentário. Consulte os “Procedimentos para pagamento de orçamentos e plano de reintegração: Divisão de Gestão de Receita” (referenciados abaixo).
- Orçamentos pendentes podem ser transferidos para cobranças a qualquer momento, desde que sejam determinados como incobráveis; saldos transferidos para a agência de cobranças são considerados inadimplentes ou saldos pendentes podem ser classificados como crédito de liquidação duvidosa.

A. Saldos de Autopagamento

- Saldos de autopagamento são cobranças de responsabilidade do Fiador.
- Estas incluem, mas não se limitam a:
 - Saldos em contas de indivíduos sem seguro
 - Saldos após o pagamento do seguro ou de terceiros, incluindo:
 - Despesas consideradas serviços não cobertos pelo plano de saúde do paciente
 - Pagamentos conjuntos
 - Cosseguro
 - Montante Dedutível
 - Fiadores que cobram de sua própria empresa seguradora e optam por não atribuir o pagamento à D-HH
 - Itens de conveniência do paciente

B. Transferências para o autopagamento

- Os saldos são transferidos para o Fiador e os extratos são enviados apenas após a liquidação do pagamento junto aos terceiros, a não ser que as condições a seguir sejam atendidas:
 - O D-HH não teve êxito ao ter o pedido julgado pelo pagador, apesar das repetidas tentativas de cobrança.
 - O D-HH tiver sido notificado pela seguradora terceirizada de que o Fiador não respondeu às solicitações de informações necessárias para julgar o pedido.
 - O Fiador tiver fornecido informações incorretas sobre o seguro. O primeiro extrato gerado para o paciente fornecerá o número de telefone do departamento de atendimento ao cliente juntamente com uma solicitação de atualização das informações do seguro, caso estas estejam incorretas.

C. Extratos de Faturamentos do Paciente

- Atualmente, os fiadores recebem extratos, como segue:
 - Faturamento Resoluto de Serviços Hospitalares
 - Todos os serviços hospitalares e todas as visitas ao consultório médico localizado no

hospital.

- Faturamento Resoluto de Serviços Profissionais
 - Honorários profissionais para prestadores de serviços (exceto serviços realizados no ambulatório do hospital, inclusive serviços odontológicos).
- Orientação geral para a produção de extratos relacionados a serviços hospitalares ou clínicos, como segue:
 1. Os extratos normalmente são gerados mensalmente.
 2. Todos os extratos são gerados em nome do Fiador, o que significa que diversas visitas ou múltiplas faturas serão listadas em único extrato.
 3. As datas de emissão do próximo extrato e níveis de cobrança são atribuídas antes da produção do extrato com base nos pagamentos lançados.
 4. Para suspensão da cobrança, deve ser realizado um pagamento mínimo mesmo que relacionado a um plano de orçamento definido.
 5. Os Fiadores que atenderem os requisitos mínimos de pagamento em tempo hábil não terão sua cobrança transferida para o próximo nível.

D. Encaminhamentos para a Agência de Cobrança:

- O D-HH não fará uso de ações extraordinárias de cobrança (AEC), como o envio de informações a agências de informação de crédito antes de buscar todas as medidas razoáveis para determinar se o paciente é elegível a assistência financeira. Um paciente será enviado para cobrança apenas após realizados todos os esforços razoáveis para determinar se o paciente é elegível a assistência financeira (inclusive o uso de elegibilidade presumível). Quaisquer exceções devem ser aprovadas pelo Diretor Financeiro.

Para maiores informações sobre elegibilidade a assistência financeira, consulte nossa “Política de Assistência Financeira para Serviços de Saúde” (vide link abaixo). Cópias desta Política estão disponíveis on-line, ou podem ser solicitadas nos Escritórios de Serviços Financeiros do Paciente, ou podem ser enviadas pelo correio após contato pelo telefone 844-808-0730.
- O D-HH abster-se-á das ações da agência de cobrança até pelo menos 120 dias após o envio do primeiro extrato pós-alta hospitalar e enviará uma notificação pelo menos 30 dias antes de enviar para cobranças.

E. Caridade Presumível

O D-HH pode fazer uso de terceiros para rever as informações do paciente e avaliar a necessidade financeira. Esta análise utiliza um modelo de estimativa reconhecido pelo setor de saúde que se baseia em bancos de dados de registros públicos. O modelo inclui dados de registros públicos para o cálculo de um escore de capacidade financeira e socioeconômica que inclui estimativas de renda, recursos e liquidez. O conjunto de regras do modelo foi formulado para avaliar cada paciente nos mesmos padrões e é graduado de acordo com as aprovações de assistência financeira históricas para o sistema de Saúde da Dartmouth-Hitchcock.

As informações do modelo preditivo podem ser utilizadas pelo D-HH para a concessão de elegibilidade presumível nos casos de ausência de informações prestadas diretamente pelo paciente. A assistência financeira presumível não está disponível para saldos após o Medicare.

A triagem presumível é utilizada, sem considerar o saldo pendente, em contas elegíveis com mais de 120 dias após extratos, avisos para a cobrança da dívida e antes do envio da conta para uma agência

de cobrança externa para a prestação de assistência financeira aos pacientes que não responderam à notificação da opção de preenchimento de um Requerimento de Assistência Financeira. As contas em processo judicial de inventário que excederam os limites de tempo são elegíveis para a triagem presumível.

A Caridade Presumível não substitui os processos administrativos financeiros tradicionais; ela é utilizada para complementar estes esforços e destina-se a pacientes que, de outra forma, não respondem ao processo administrativo financeiro tradicional. No sentido de remover barreiras para estes pacientes, além de melhorar nossos benefícios para o paciente, o hospital se utiliza de um processo de triagem eletrônica antes de definir um crédito como crédito de liquidação duvidosa. Pacientes considerados elegíveis à Caridade Presumível não serão alocados a uma agência de cobrança de créditos de liquidação duvidosa.

A inclusão neste programa baseia-se em um algoritmo de pontuação que faz uso de informações de domínio público e normalmente não usam uma escala de taxa variável. A Caridade Presumível não permite descontos parciais. Populações demográficas específicas destinam-se a incluir:

- Pessoa falecida sem bens a inventariar ou herdeiros conhecidos
- Pessoa transitória, sem teto
- Pessoas afastadas de sua família e sem grupo de apoio
- Pacientes não responsivos ou incapazes de finalizar o processo tradicional

A pontuação de caridade presumível incorpora um fator socioeconômico e não baseado em crédito. O processo de triagem faz uso de bancos de dados públicos que contêm as seguintes informações:

- Transações do consumidor
- Registros Judiciais
- Propriedade de ativos
- Propriedade de imóveis vs. aluguel
- Dados demográficos e econômicos da região
- Situação profissional
- Arquivos de serviços públicos
- Entidades governamentais
- Arquivos (Falência, CPF, pessoas falecidas)

A Caridade Presumida não depende de dados apresentados pela agência de crédito e não deixa rastros em relatórios de crédito. As informações obtidas incorporam um escore de Caridade Presumida que vai de 0 (mais carente) a 1000 (menos carente). As informações preveem a necessidade do fiador com base em fatores conhecidos, incluindo, mas não se limitando a, renda, ativos e liquidez.

Identificação de contas elegíveis

- Uma bandeira de cobrança será adicionada a contas elegíveis
- Contas elegíveis ao Medicare serão excluídas
- Se aprovadas, os códigos de ajuste EPIC serão ajustados para identificar contas elegíveis
 - 5027 Assistência Médica Gratuita Presumível após seguro e código
 - 5026 Assistência Médica Gratuita Presumível

F. Política de Crédito do Fornecedor

- O D-HH possui as três categorias de contas de clientes/fornecedores a seguir:
 - Contas de pesquisa
 - Contas de clientes comerciais (ex. instituições de cuidados paliativos, SNF, contas da cidade, laboratórios, etc.).
 - Contas de saúde ocupacional que tenham um contrato de serviços solicitados por um empregador como condição para a contratação serão pagas pela empresa contratante
- São fornecidos extratos mensais com prazo de pagamento integral até 30 dias da sua data de emissão.
- Não serão feitos acordos de pagamento para estas contas.
- Contas com mais de 30 dias recebem uma carta indicando o valor devido e recebem um aviso informando que o não pagamento pode resultar na cobrança de 1,5% de juros ao mês sobre todo o saldo devedor.
- O D-HH reserva o direito de encaminhar as contas inadimplentes para Agências de Cobrança.

G. Contas de falência

- O Tribunal de Falências envia dois tipos de avisos de falência:
 - Aviso de abertura de processo
 - Quitação/Isenção do devedor
- Assim que o D-HH receber a notificação de falência, todas as tentativas de cobrança serão cessadas.
- O aviso de abertura de processo é recebido pelo D-HH.
 - O processo pode ser individual ou conjunto e as crianças não estão listadas.
 - Todos os membros da família devem ser identificados e cada conta deve indicar a abertura e a data do processo.
 - Caso uma das contas tenha sido transferida para uma agência de cobrança externa, a conta deve indicar essa transferência e uma cópia do processo deve ser enviada ao Tribunal de Falências para que conste em seus registros.
 - Todas as cobranças especificadas no aviso serão incluídas para fins de falência.
 - Todas as cobranças devem ser atualizadas com a classe financeira de falências.
- Quando finalizado o processo de falência, o tribunal enviará um aviso de quitação ou de isenção do devedor.

No caso de quitação, o D-HH pode retomar as cobranças.

- Se o D-HH receber um aviso de isenção, devemos ajustar o saldo no sistema EPIC.
- Todas as contas pertencentes à falência devem notificadas do resultado final do processo.
- As agências de cobrança serão notificadas e enviarão os eventuais documentos de comprovação

H. Processos Judiciais

- O D-HH restringirá a busca de saldos de autopagamento ou reivindicar saldos de subjugação para contas em litígio no momento de recebimento de uma Carta de Proteção enviada pelo advogado que representa o paciente afirmando que o mesmo protegerá os interesses do D-HH em qualquer eventual liquidação subsequente.

- Caso a liquidação seja negada, os saldos são transferidos para o fiador e os pagamentos são negociados.
- O D-HH reserva o direito de requerer o direito de retenção em casos de responsabilidade civil como benefício para o hospital.

V. Referências - N/A

Proprietário Responsável:	Divisão de Gestão de Receitas	Contato(s):	Kimberly Mender
Aprovado por:	Conselho de Administração; Diretor Executivo - Financeiro; Escritório de Suporte a Políticas (OPS); Kays, Kieran; Naimie, Tina	No. da Versão	8
Data de Aprovação Atual:	03/11/2020	ID do Documento Antigo:	RMD.0025
Data para a Política Entrar em Vigor:	03/11/2020		
Políticas e Procedimentos Relacionados:	Procedimentos para pagamento de orçamentos e plano de reintegração: Divisão de Gestão de Receitas Política de Assistência Financeira para Serviços de Cuidados de Saúde		
Instrumentos de Trabalho Relacionados:			