

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 Health (DH).

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 através do Dartmouth Health. Esta política aplica-se às instalações dos membros do DH que utilizam o sistema Epic.

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 à(s) conta(s) a receber desse paciente. Quanto maior for o nível de cobrança, maior a probabilidade de o 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: Qualquer paciente com mais de 18 anos é identificado como fiador (salvo indicação em contrário pelo Estado ou tribunal), independentemente de quem seja o seu segurador. No caso de pacientes menores de 18 anos, o(a) pai/mãe ou responsável legal será definido como fiador.

ECA: Ação Extraordinária de Cobrança

Dartmouth Health: Para os fins desta política, os Membros do Sistema do Dartmouth Health (DH) 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, Hampstead

Hospital, Southern Vermont Medical Center (SVMC), Valley Regional, e Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Todos os demais hospitais em New Hampshire e Vermont não são considerados instalações membro.

Esta política aplica-se às instalações dos membros do DH que utilizam o sistema Epic.

IV. Declaração de Política

- O DH 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 para acordos de pagamento 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 DH emitirá o extrato de faturamento 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” (referenciada abaixo).
- Orçamentos pendentes podem ser transferidos para cobranças quando são determinados como incobráveis; os saldos são transferidos para uma agência de cobranças, são considerados inadimplentes, ou os 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 DH
 - 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 DH não teve êxito ao ter o pedido julgado pelo pagador, apesar das repetidas tentativas de cobrança.
 - O DH 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 forneça 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 DH 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). Estão disponíveis cópias pela Internet, ou podem ser solicitadas nos Escritórios de Serviços Financeiros do Paciente, ou podem ser enviadas pelo correio mediante solicitação, via telefone, pelo número 844-808-0730.
- O DH não tomará ações de 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 encaminhar para cobrança.

E. Caridade Presumível

O DH pode fazer uso de terceiros para analisar 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 calibrado de acordo com as aprovações históricas de assistência financeira para o sistema do Dartmouth

Health.

As informações do modelo preditivo podem ser utilizadas pelo DH 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
- Pessoas elegíveis ao Medicare não estão incluídas
- 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 DH 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 em dívida.
- O DH 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 DH receber a notificação de falência, todas as tentativas de cobrança serão cessadas.
- O aviso de abertura de processo é recebido pelo DH.
 - 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, a agência notificada, 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 DH pode retomar as cobranças.

- Se o DH 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 DH restringirá a busca de saldos de autopagamento ou a reivindicação de saldos de subjugação para contas em litígio no momento de recebimento de uma Carta de Proteção (LOP, na sigla em inglês) enviada pelo advogado que representa o paciente afirmando que o litigante protegerá os interesses do DH em qualquer eventual liquidação subsequente.
- Caso a liquidação seja negada, os saldos são transferidos para o fiador e os pagamentos são negociados.
- O DH 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:	Kimberly Mender
Aprovado por:	Escritório de Suporte a Políticas (OPS, na sigla em inglês); Mender, Kimberly; Muhlen, John	Versão n.º	13
Data de Aprovação Atual:	1 de maio de 2025	ID do Documento Antigo:	
Data para a Política entrar em Vig	1 de maio de 2025		
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:			