

Título de la política	Política de créditos y cobranzas	ID de la política	4834
Palabras clave	créditos, cobranzas, deudas incobrables		

I. Objetivo de la política

Establecer la manera en que Conifer Revenue Cycle Solutions (“Conifer”) deberá administrar y mantener los saldos de las cuentas de los pacientes como agente contratado por Dartmouth Health (DH).

II. Alcance de la política

Esta política se aplica a todo el personal responsable de los procesos de crédito y cobranza, así como de todos los saldos facturados a través de Dartmouth Health. Esta política aplica a aquellos centros asociados a DH usando el sistema EPIC.

III. Definiciones

Agencia de cobranza: Tercero que cobra saldos en los que se considera que existe incumplimiento de pago.

Deudor: Persona que tiene una deuda.

Nivel de reclamación: Nivel de comunicación con un paciente en relación con la cuenta pendiente de pago de dicho paciente. Mientras más alto es el nivel de reclamación, más cerca se encuentra el saldo de ser considerado con incumplimiento de pago.

Incumplimiento de pago: Saldo que no ha sido pagado conforme a los términos de pago señalados en la declaración; que no tiene un acuerdo de pago establecido, y que ha dejado de ser una cuenta por cobrar y ha sido enviada a una agencia de cobranzas.

Garante: Todo paciente mayor de 18 años se identifica como garante (a menos que el Estado o tribunal especifiquen lo contrario), independientemente del seguro médico que tenga dicho paciente. Para pacientes menores de 18 años, el padre, la madre o su tutor legal aparecerán como garantes.

ECA: Medida de cobranza extraordinaria

Dartmouth Health: Para los propósitos de esta política, los miembros que integran el Sistema de Salud Dartmouth-Hitchcock (DH) son Alice Peck Day (APD) 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, and Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Todos los demás hospitales de New Hampshire y Vermont se consideran centros no asociados.

Esta política aplica a aquellos centros asociados a DH usando el sistema EPIC.

IV. Declaración normativa

- DH intenta rutinariamente recopilar la información más actual del seguro garante de un paciente, y verificar la cobertura y la responsabilidad de sus gastos de bolsillo mediante las herramientas de verificación de seguros y beneficios existentes.
- Los gastos de bolsillo, tales como el coseguro y los saldos deducibles, se estiman para arreglos de pago antes o en el momento de prestar el servicio.
 - Un paciente puede tener la opción de pagar los gastos de su bolsillo después de haber recibido los servicios.
 - Algunos servicios pueden requerir prepago (como por ejemplo, servicios cosméticos, equipos de ayuda auditiva, etc.).
- Para todo saldo impago, DH emitirá el estado de cuenta y solicitará la totalidad del pago.
- Se aceptan pagos parciales, siempre y cuando se cumplan las expectativas de pago mínimas, tal como se describen en el procedimiento del plan presupuestario. Consulte “Procedimientos del plan presupuestario de pagos y liquidación total: División de administración de ingresos” (el enlace se incluye a continuación).
- Los saldos pendientes pueden pasar a cobros cuando se consideren incobrables o no se han establecido acuerdos de pago, y en ese momento, los saldos se derivan a una agencia de cobro y se consideran en incumplimiento de pago, o los saldos pendientes pueden clasificarse como deuda incobrable.

A. Saldos de pacientes que pagan por cuenta propia

- Los saldos de pacientes que pagan por cuenta propia representan cargos que son responsabilidad del garante (definido previamente).
- Estos incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Saldos en cuentas para personas sin seguro.
 - Saldos después del pago de la compañía de seguros o de terceros, incluidos:
 - Cargos considerados como servicios no cubiertos, tal como se definen en el plan de seguro del paciente
 - Copagos
 - Coseguro
 - Montos deducibles
 - Garantes que facturan a su propio seguro y optan por no efectuar una cesión a DH
 - Artículos de comodidad y conveniencia para el paciente

B. Transferencias a pagos por cuenta propia

- Los saldos se dirigen al garante y los estados de cuenta se envían solo después de que los pagos por los servicios se han saldado con terceros pagadores, a menos que se cumplan las siguientes condiciones:
 - DH no ha tenido éxito en recibir el pago de la reclamación por parte del pagador, a pesar de los repetidos intentos de solicitar el pago.
 - DH ha sido notificado por la compañía aseguradora que el garante no ha respondido a las solicitudes de información necesaria para adjudicar la reclamación.
 - El garante proporciona información de seguro incorrecta. El primer estado de cuenta generado para el paciente proporcionará el número de teléfono del servicio de atención al cliente y una solicitud para actualizar la información del seguro, si esta no es correcta.

C. Facturas del paciente

- Actualmente los garantes reciben estados de cuenta de la siguiente manera:
 - Facturación firme del hospital
 - Todos los servicios hospitalarios y todas las visitas a médicas a consultorios en el hospital.
 - Facturación firme profesional
 - Tarifas profesionales de proveedores (excluidos los servicios ambulatorios del hospital, pero no los servicios dentales).
- Las pautas generales para la elaboración de estados de cuenta por servicios hospitalarios y clínicos se indican a continuación:
 1. Por lo general, los estados de cuenta se elaboran mensualmente.
 2. Todos los estados de cuenta, ya sean enviados por este hospital o por un cobrador de deudas médicas, deberán incluir una declaración escrita de forma visible que indique que algunos pacientes pueden ser elegibles para asistencia financiera. Esta declaración deberá incluir el número de teléfono al que el paciente puede llamar para obtener más información sobre nuestra política y el proceso de solicitud. También deberá incluir la dirección web donde se publica esta póliza, la solicitud de ayuda financiera y el resumen en un lenguaje claro.
 3. Todos los estados de cuenta se generan a nivel de garante, lo que significa que varias visitas o varias facturas se incluirán en un solo estado de cuenta.
 4. La fecha del siguiente estado de cuenta y los niveles de reclamación se asignan antes de la elaboración del estado de cuenta, en base a los pagos registrados.
 5. Para suspender reclamaciones, es necesario realizar un pago mínimo relacionado con un plan presupuestario establecido.
 6. Los garantes que cumplen el requisito de pago mínimo de manera oportuna no avanzarán al siguiente nivel de reclamación.
 7. Nuestras políticas completas de facturación médica y cobros están detalladas en nuestra Política de Facturación y Cobros, disponible en la PÁGINA WEB.
 - Todos los estados de cuenta, ya sean enviados por nosotros o por un cobrador de deudas médicas, deberán incluir una declaración escrita de forma visible que indique que algunos pacientes pueden ser elegibles para asistencia financiera. Además, dichas declaraciones deberán incluir tanto el número de teléfono al que el paciente puede llamar para obtener más información sobre la ayuda financiera, como las direcciones web específicas donde se publican la póliza de asistencia financiera, la solicitud financiera y el resumen en lenguaje claro.
 - Toda comunicación oral o escrita, tanto nuestra como de un cobrador de deudas médicas, incluirá información sobre nuestra política de asistencia financiera.
 - No vendemos ninguna deuda médica.

D. Derivaciones a agencias de cobranza

- Todos los intentos de comunicación oral o escrita de un acreedor médico o un cobrador de deudas médicas, para cobrar una deuda médica derivada de servicios de atención médica prestados en este centro, incluirán información sobre nuestra política de asistencia financiera.
- DH no impondrá medidas de cobranza extraordinarias (ECA), tal como reportar al deudor a las agencias de informes de crédito, sin hacer antes todo lo razonablemente posible para determinar si el

paciente es elegible para recibir asistencia financiera. La cuenta de un paciente será derivada a una agencia de cobranza solo después de hacer todo lo razonablemente posible para determinar si ese paciente es elegible para recibir asistencia financiera (lo cual incluye el uso de elegibilidad presunta). Todas las excepciones deben ser aprobadas por el director financiero. Para obtener información sobre el proceso de elegibilidad para asistencia financiera, consulte nuestra “Política de asistencia financiera para servicios de atención médica” (vea el enlace a continuación). Puede obtener copias por Internet o solicitarlas en las oficinas de Servicios Financieros para Pacientes. También puede pedir que se las envíen por correo llamando al 844-808-0730.

- DH se abstendrá de derivar los saldos pendientes a las agencias de cobranza hasta al menos 120 días después de haber enviado el primer estado de cuenta posterior al alta médica. Asimismo, DH le notificará al menos 30 días antes de derivar los saldos pendientes a una agencia de cobranza.

E. Caridad presunta

DH puede utilizar los servicios de un tercero para una revisión de la información del paciente a fin de determinar su necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo predictivo reconocido por la industria de la atención de la salud que usa bases de datos de registros públicos. El modelo incorpora registros públicos para calcular una puntuación de capacidad socioeconómica y financiera, la cual incluye estimaciones de ingresos, recursos y liquidez. El conjunto de reglas del modelo está diseñado para evaluar a cada paciente con los mismos estándares y se calibra con las aprobaciones anteriores de asistencia financiera del sistema Dartmouth Health.

La información del modelo predictivo puede ser utilizada por DH para otorgar elegibilidad presunta en casos en que exista ausencia de información brindada directamente por el paciente. La presunta asistencia financiera no está disponible para saldos existentes después de Medicare.

Independientemente del saldo pendiente, los análisis de presunción se utilizan en cuentas de más de 120 días después de enviar los estados de cuenta y avisos de cobranza de la deuda, y antes de derivar la cuenta a una agencia de cobranza externa, para proporcionar asistencia financiera a los pacientes que no han respondido a la notificación sobre la opción de completar una solicitud de asistencia financiera. Las cuentas cesionarias que exceden los límites de tiempo son elegibles para un análisis de presunción.

La “caridad presunta” no reemplaza los procesos tradicionales contemplados en nuestra política de asistencia financiera (FAP), sino que se utiliza para complementar esas iniciativas. Está destinada a pacientes que de otra manera no responden al proceso tradicional de FAP. En un intento por eliminar las barreras para estos pacientes y mejorar los beneficios que reciben, el hospital utiliza un proceso de evaluación electrónica antes de derivar las deudas incobrables. Los pacientes elegibles para caridad presunta no serán derivados a una agencia de cobranza por deudas incobrables.

La inclusión en este programa se basa en un algoritmo de puntuación que utiliza información de registros públicos y normalmente no utiliza una escala móvil de tarifas. En los casos en que se aplica la caridad presunta no se permite la aplicación de descuentos parciales. Las poblaciones demográficas específicas a las que se procura incluir son las siguientes:

- Personas fallecidas sin patrimonio ni familia conocida
- Personas en tránsito, sin hogar
- Personas alejadas de sus familia, sin grupo de apoyo
- Pacientes que no responden o no pueden completar el proceso tradicional

La puntuación para caridad presunta incorpora un factor socioeconómico y datos que no se basan en el crédito. El proceso de selección aprovecha las bases de datos públicas que contienen la siguiente información:

- Transacciones de consumidores
- Registros judiciales
- Propiedad de activos
- Propiedad de inmuebles versus arrendamiento
- Datos demográficos y económicos de la región
- Situación laboral
- Archivos de servicios públicos
- Información gubernamental
- Archivos (quiebras, números de Seguro Social, personas fallecidas)

La caridad presunta no se basa en datos de informes de las agencias de crédito y no tiene ningún efecto sobre los informes de crédito. La información obtenida incorpora una puntuación de caridad presunta de 0 (más necesitada) a 1000 (menos necesitada). La información predice la necesidad del garante en función de los factores conocidos, que incluyen, entre otros, ingresos, activos y liquidez.

Identificación de cuentas elegibles

- Se agregará una marca de facturación a las cuentas elegibles
- Se excluyen las personas elegibles para Medicare
- En caso de aprobación, se utilizarán códigos de ajuste de EPIC para identificar cuentas elegibles
 - 5027 Presunta atención médica sin cargo después de seguro y código
 - 5026 Presunta atención médica sin cargo

F. Política de abono a proveedores

- DH tiene las siguientes tres categorías de cuentas de clientes/proveedores:
 - Cuentas de estudios de investigación
 - Cuentas de clientes comerciales (por ejemplo, hospicios, centros de enfermería especializada, cuentas de la ciudad, laboratorios, etc.).
 - Cuentas de salud ocupacional, las cuales tienen un contrato por servicios requeridos por un empleador como condición de empleo y que serán pagadas por el empleador.
- Los estados de cuenta se producen mensualmente y deben saldarse en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a su fecha de emisión.
- No se realizarán acuerdos presupuestarios en estas cuentas.
- A las cuentas que tienen más de 30 días de antigüedad se les envía una carta en la que se le indica el monto vencido y se les informa que, de continuar la falta de pago, se pueden aplicar intereses a una tasa mensual de 1.5 % sobre todos los saldos pendientes.
- DH se reserva el derecho de derivar las cuentas impagas a agencias de cobranza externas.

G. Cuentas insolventes

- El tribunal de quiebras envía dos tipos de aviso de quiebra:
 - Aviso de inicio de la presentación
 - Anulación o desautorización del deudor
- Una vez que DH haya sido notificada de una quiebra, deben cesar todos los intentos de cobranza.

- DH recibe la notificación de inicio.
 - La presentación puede ser individual o conjunta, y los menores no se indican.
 - Todos los miembros de la familia deben ser identificados y en cada cuenta debe indicarse que se ha dado inicio a los procedimientos de quiebra, así como la fecha de en que comenzaron.
 - Si alguna cuenta ha sido derivada a una agencia de cobranza externa, debe indicarse la cuenta, notificarse a la agencia y enviarse una copia de la presentación de quiebra ante el tribunal de quiebras para sus registros.
 - A los fines de la quiebra, se incluirán todos los cargos especificados en el aviso.
 - Todos los cargos deben ser actualizados a la clase financiera de la quiebra.
- Cuando finalice el procedimiento de quiebra, el tribunal enviará un aviso de validación o liberación de la obligación del deudor.

En el caso de una validación, DH puede reanudar los procesos de cobranza.

- Si DH recibe una liberación de la obligación del deudor, deberemos ajustar el saldo en el sistema EPIC.
- Todas las cuentas relacionadas con la quiebra deben incluir anotaciones del resultado final.
- Las agencias de cobranza serán notificadas y se les enviará toda documentación de respaldo.

H. Reclamaciones en litigio

- DH limitará el cobro de saldos que los clientes pagan por cuenta propia y los saldos supeditados a reclamaciones correspondientes a cuentas en litigio al recibir una garantía de protección (LOP), enviada por el abogado que representa al paciente, en la cual se indique que el litigante protegerá los intereses de DH en cualquier acuerdo subsecuente.
- Si el acuerdo es denegado, los saldos se revierten al garante y se hacen los arreglos para el pago.
- DH se reserva el derecho a presentar un gravamen en casos de responsabilidad en beneficio del hospital.

V. Referencias – N/A

Propietario responsable:	División de Administración de Ingresos	Contacto(s):	Kimberly Mender
Aprobado por:	Oficina de Apoyo a Políticas (OPS); Mender, Kimberly; Muhlen, John	Versión No.	14
Fecha de aprobación actual:	06/AGO/2026	ID del documento anterior:	
Fecha en que la política entrará en vigencia:	06/AGO/2026		
Políticas y procedimientos relacionados:	Procedimientos del plan presupuestario de pagos y liquidación total: División de Administración de Ingresos Política de asistencia financiera para servicios de atención médica		
Auxiliares de trabajo relacionados:			