

TÍTULO: Cuentas por cobrar

POLÍTICA

Los saldos de las cuentas de los pacientes se monitorearán para garantizar una valoración apropiada y una cobranza oportuna. Se harán y documentarán los esfuerzos de cobro adecuados en Meditech.

PROCEDIMIENTOS

Esta política se aplica a todas las cuentas de los pacientes.

I. Cambios en los beneficios del seguro

Si se descubren nuevos beneficios durante la hospitalización de un paciente o se detecta que los beneficios son erróneos, la información debe anotarse en las notas de cobro y el aval debe actualizarse en el sistema de facturación.

II. Monitoreo de los saldos de las cuentas de los pacientes

A. Para garantizar una conciliación precisa y oportuna de las cuentas, se implementará el siguiente cronograma de cobro:

- 1) La llamada de seguimiento inicial se hará 14 días después de la presentación del reclamo.
- 2) Las llamadas de seguimiento posteriores se harán cada 14 días.

III. Revisión de la clasificación del pagador

La CBO/persona designada determinarán si los saldos e ingresos de los pagadores deben replantearse cambiando la configuración de los datos del contrato del seguro. Las cuentas por cobrar (A/R) no deben transferirse entre pagadores debido a cambios en la clasificación del pagador utilizando la rutina Editar Seguro Saldo. La rutina Editar Seguro Saldo solo es aplicable a las transferencias de coaseguros y deducibles entre los pagadores y el pago por cuenta propia.

El CFO/gerente de crédito y cobranza revisarán el informe actual de antigüedad de cuentas por cobrar durante el proceso de cierre de Meditech y el período de tiempo entre el cierre de Meditech y el cierre de SAP, buscando la clasificación del pagador u otros errores para garantizar la pertinencia de los saldos de los pacientes. Una versión final del Informe de antigüedad de las cuentas por cobrar deberá imprimirse, revisarse, firmarse y fecharse por el gerente de crédito y cobranza después del cierre de Meditech y antes del cierre de SAP y conservarse durante al menos 1 año.

 Inpatient Rehabilitation Hospitals	IRF Cuentas por cobrar - Meditech	Página 2 de 7
Políticas y procedimientos		

IV. Documentación de los esfuerzos de cobro

- 1) El director de contabilidad de los pacientes asignará cobradores a las cuentas de los pacientes. La frecuencia de los esfuerzos de cobro será, como mínimo, de la siguiente manera: La llamada de seguimiento inicial se hará 14 días después de la presentación del reclamo.
- 2) Las llamadas de seguimiento posteriores se harán cada 14 días.

El cobrador deberá documentar todos los esfuerzos de cobro (llamadas telefónicas o cartas de y a la compañía de seguros, el paciente, la familia del paciente, etc.) en la sección de Notas de la cuenta del paciente en Meditech

Ruta: BAR> Procesar cuenta> Nombre o número de cuenta> Cobros> Entrar/Editar Comentarios> Crear

Los siguientes elementos, como mínimo, deberán ser documentados por el cobrador en las notas del sistema inmediatamente después de completar un procedimiento de cobro:

- Nombre completo de la persona, título y teléfono con quien el cobrador ha hablado.
- Estado de los pagos, incluyendo información específica de cualquier documentación faltante necesaria para avanzar el reclamo, así como cualquier escalada al supervisor.
- Cantidad en dólares del pago esperado.
- Fecha esperada del pago, si está disponible.
- Incapacidad o denegación a pagar (la comunicación se hará a la CBO/persona designada).
- Copia impresa de toda la correspondencia escrita al/del pagador se incluirá en el archivo VPF del paciente.

V. Uso de agencias externas de cobro o abogado

La CBO identificará las cuentas de pacientes que deben considerarse para su colocación en una agencia de cobranza externa.

No se pueden presentar reclamos ante una agencia hasta que la CBO haya agotado los esfuerzos de cobro. Como mínimo, esto incluye 3 cartas/estados de cuenta y 1 llamada telefónica al paciente para cobrar el saldo pendiente.

La CBO enviará esta lista de posibles reclamos por correo electrónico al gerente de crédito y cobranza del hospital para que apruebe su colocación en la agencia de cobranzas. El gerente de crédito y cobranza responderá el correo electrónico con la aprobación de la colocación de cualquier reclamo con la agencia externa después de que haya confirmado que la CBO ha agotado los esfuerzos de cobro.

Si la agencia no tiene éxito en los esfuerzos de cobro después de 120 días desde su colocación, la cuenta puede ser retirada de la agencia para una posible anulación como cuenta incobrable.

Utilización del abogado corporativo o abogado externo

El litigio de las cuentas de los pacientes debe iniciarse después de que se hayan agotado todos los esfuerzos razonables para la cobranza. El asesor externo buscará la aprobación final del abogado de Kindred después de que el vicepresidente de la división financiera (DVPF) haga una revisión.

En los casos en que se requiera una acción legal, la persona designada de CBO deberá preparar una petición legal. Este formulario, junto con la documentación de respaldo, deberá ser aprobado por el vicepresidente de la división financiera/el designado.

VI. Saldo acreedor en la cuenta del paciente

La CBO/persona designada son responsables de revisar y resolver los saldos a favor de los pacientes de manera oportuna. Todos los saldos acreedores deberán tener documentación en las notas sobre el motivo del saldo acreedor. El gerente de crédito y cobranza revisará el informe de saldos acreedores de Meditech de fin de mes tanto durante el proceso de cierre de Meditech como durante el tiempo entre el cierre de Meditech y el cierre de SAP. Una versión final del Informe de saldos acreedores de las cuentas deberá imprimirse, revisarse, firmarse y fecharse por el gerente de crédito y cobranza después del cierre de Meditech y antes del cierre de SAP y conservarse durante al menos 1 año.

Las solicitudes para reembolso al paciente deben documentarse en un Formulario de reembolso al paciente y enviarse a la CBO y al CFO/gerente de crédito y cobranza para su aprobación antes de su contabilización en el sistema Meditech. Los niveles de autorización de las solicitudes de reembolso son los siguientes:

Director/gerente de CBO	\$0 a \$10,000
Director de contabilidad de IRF	\$10,001 a 50,000
DVPF	\$50,001+

Correo electrónico/firma electrónica también serán suficiente para la aprobación de ajustes/reembolsos, etc. Todos los documentos de apoyo y el respaldo para el reembolso se mantendrán junto con una copia de la aprobación por correo electrónico/firma electrónica. Toda la documentación de respaldo se escaneará en el Sistema SAP A/P (cuentas por pagar).

Una vez que se contabiliza un reembolso al paciente en el Sistema Meditech, se interrelaciona automáticamente a SAP como un documento preliminar para su contabilización por el gerente de crédito y cobranza. El nombre y la dirección del beneficiario deben estar correctos en el Sistema Meditech antes de contabilizar el reembolso.

La CBO/persona designada son responsables de completar el Informe de saldos acreedores de Medicare dentro de los 30 días posteriores al cierre de cada trimestre calendario. El director de contabilidad de IRF o el gerente de crédito y cobranza deberán aprobar este informe antes de su presentación. Si no se presenta este informe, Medicare puede suspender los pagos.

VII. Ajustes a las cuentas de los pacientes

Los saldos de las cuentas de los pacientes se declararán en su valor neto realizable.

El Sistema Meditech registra automáticamente los descuentos contractuales según los términos del contrato establecidos en las cuentas de los pacientes.

La CBO/persona designada deberán hacer los cambios al pagador y los cambios en los términos de pago dentro de Meditech, si es requerido, y las razones de cambios de pagador/pago se documentarán en las notas de cobro de Meditech.

En caso de que una cuenta requiera un ajuste manual (es decir, un contrato comercial complicado, un ajuste de pago por cuenta propia, cancelaciones de deudas incobrables, etc.), este deberá documentarse en un Formulario de registro de ajustes. Todos los documentos de apoyo y de respaldo se conservarán junto con una copia de la aprobación por correo electrónico/firma electrónica durante un año.

Los requisitos de aprobación de ajustes manuales son los siguientes (correo electrónico/firma electrónica también serán suficientes para la aprobación):

- Director de CBO \$1-\$25,000
- Director de contabilidad de IRF \$25,001-\$50,000
- DVPF \$50,000+

NOTA: Los ajustes manuales no se ven afectados (es decir, no se revierten) cuando las facturas se revierten; por lo tanto, estos ajustes deben revisarse y actualizarse, si es necesario, para establecer con precisión los ingresos netos del paciente.

El gerente de crédito y cobranza revisará el Diario de ajustes manuales de Meditech tanto durante el proceso de cierre de Meditech como durante el tiempo entre el cierre de Meditech y el cierre de SAP. El gerente de crédito y cobranza imprimirá, revisará, firmará y fechará una versión final del Diario de ajustes manuales de Meditech después del cierre de Meditech y antes del cierre de SAP y lo conservará durante al menos 1 año.

Ruta Meditech: BAR > Lotes > Diario de ajustes (Nota: Para registrar los ajustes tanto positivos como negativos en el informe, se debe escribir una cantidad negativa en dólares en el campo “Cantidad de ajuste de”, es decir, -\$1,000,000 y una cantidad positiva en el campo “Cantidad de ajuste a”, es decir, \$1,000,000).

VIII. **Descuentos comerciales y pagos por cuenta propia**

Los descuentos comerciales y los pagos por cuenta propia serán aprobados por el gerente de crédito y cobranza. Los descuentos pueden estar garantizados para asegurar un pago rápido o para obtener el pago sin hacer acciones de cobranza.

Si una compañía de seguros pide un descuento en los beneficios de la póliza después de que un paciente es admitido, se notificará al gerente de crédito y cobranza y deberá aprobar el descuento.

El gerente de crédito y cobranza deberá obtener la aprobación del CEO y del DVVPF antes de negociar descuentos superiores a \$50,000 por cuenta.

De acuerdo con los reglamentos de Medicare, no se puede renunciar a los coaseguros y a los deducibles de pacientes hospitalizados de Medicare.

IX. **Identificación de pacientes de caridad**

Los pacientes que pueden calificar para recibir ayuda económica se identificarán al momento de la admisión o antes de agotar otros beneficios del pagador. Consulte la política de atención de caridad para obtener información sobre los requisitos e información sobre las ayudas económicas. Cuando un paciente de Medicare agota los beneficios y no tiene un seguro complementario u otros recursos, puede calificar para ayuda económica.

La CBO/persona designada determinarán la indigencia de un paciente, así:

- El paciente es elegible para Medicaid pero los beneficios se han agotado.

- El paciente da pruebas de ingresos bajos a través de estados de cuenta bancarios, cheques de seguro social, etc. (consulte las directrices estatales para la atención médica de caridad).

Después de que se determine que un paciente es elegible para recibir ayuda económica, los saldos de los reclamos relacionados se trasladarán a Caridad en el sistema Meditech, y el código de ajuste de Caridad se usará para cancelar estos saldos.

X. Acuerdos para prórrogas de pago

El CFO/gerente de crédito y cobranza determinarán si se concederán acuerdos para prórrogas de pago a los pacientes, y se requerirá la aprobación del DVPPF.

El CFO/gerente de crédito y cobranza determinarán si se debe ejecutar un Pagaré firmado en función de la cantidad en dólares de la cuenta y el período de tiempo para el pago final. Se contactará al Departamento Legal Corporativo con respecto a posibles pagarés.

Los cobradores revisarán mensualmente todas las cuentas según los acuerdos de prórrogas de pago para garantizar que los pagos se hagan según el acuerdo. Si no se hace el pago, el cobrador deberá notificar al director de la CBO para la acción a seguir.

NOTA: Utilice la siguiente rutina para configurar los acuerdos de pago con prórroga:
BAR =>Procesar cuenta => Cobros =>Contrato/Agencia → Editar Contrato

XI. Cuentas incobrables

Las cuentas no se anularán como cuentas incobrables hasta que la CBO haya agotado todos los esfuerzos de cobro correspondientes. El gerente de crédito y cobranza del hospital/la CBO/la persona designada revisarán mensualmente todas las cuentas de los pacientes para determinar la posible anulación como cuentas incobrables. Estas anulaciones se documentarán en las notas de cobro de Meditech y se revisarán con el gerente de crédito y cobranza de la instalación.

Si después de hacer intentos razonables y habituales para cobrar una factura, la deuda permanece sin ser pagada por más de 120 días a partir de la fecha en que se envía por correo la primera factura al beneficiario, la deuda puede considerarse incobrable y enviarse a la agencia de cobranza. Los esfuerzos razonables de cobro incluyen el envío de 3 declaraciones y hacer por lo menos 1 llamada telefónica.

Si el hospital está utilizando una agencia de cobro, una cuenta no puede anularse como cuenta incobrable hasta que la agencia la devuelva.

Los deducibles y coaseguros de Medicare pueden anularse después de recibir el pago de Medicare si un paciente es elegible para Medicaid y estos beneficios están agotados (por ejemplo, límite de días de Medicaid). Debe facturarse y recibir el “no se paga” de Medicaid. La documentación de

elegibilidad de Medicaid (para el período en que se prestaron los servicios) debe colocarse en el archivo del paciente o anotarse en la cuenta del paciente. Las cuentas incobrables de Medicare se anularán utilizando el código de ajuste apropiado.

Para las cuentas incobrables que no son de Medicare, los saldos se trasladarán a cuenta propia “SP” (self-pay) y se cancelarán utilizando el código de ajuste “BDWOSP”. Las cuentas solo deben anularse como cuentas incobrables en los casos en que el hospital se haya desempeñado de acuerdo con los términos del contrato o acuerdo, tenga derecho al pago y no pueda cobrarlas. En los casos en que se haya violado una condición del contrato o del acuerdo (por ejemplo, necesidad médica, presentación fuera de tiempo, etc.), el saldo de la cuenta se ajustará utilizando una asignación contractual.

Si se confirma la apelación de denegación de una cuenta, y la CBO y el equipo de administración de denegaciones determinan que no se puede tomar ninguna otra medida, la CBO/persona designada anularán la cuenta utilizando un código de anulación por rechazo apropiado de acuerdo al tipo de rechazo (es decir, sin autorización, necesidad médica, eliminación de cargos, nivel de atención).

XII. Subsidios por cuentas incobrables

El Departamento de Finanzas de KRS ha establecido una política de subsidios por cuentas incobrables para todos los hospitales.

Se registra un subsidio por cuentas incobrables en cada hospital para todas las cuentas por cobrar antes de que se cierre cada mes.

Se harán excepciones para los recibos de efectivo recibidos antes del cierre del mes siguiente en cuentas por cobrar mayores de 90 días. Los recibos de efectivo se sacan del sistema el tercer día hábil después del cierre de Meditech.

XIII. Revisión de las tendencias en los ingresos

Trimestralmente, el director de finanzas de KRS hará una revisión de las tendencias de ingresos para garantizar la integridad y precisión de los ingresos del hospital. Las revisiones se harán a nivel hospitalario con umbrales lo suficientemente precisos como para detectar errores importantes en los ingresos.