

Autoevaluación de Cuentas por Cobrar

Mida sus cuentas por cobrar en 15 minutos — y encuentre lo que todavía se puede recuperar.

Para quién es: dueños de práctica, administradores y encargados de facturación que quieren una lectura honesta de sus cuentas por cobrar en unos 15 minutos.

No necesita información de pacientes. Todo se calcula con totales de informes que su sistema de facturación (PM) ya genera.

Antes de empezar — saque estos 5 informes

- Informe de antigüedad (aging) por aseguradora — 0-30, 31-60, 61-90, 91-120, 120+ días
- Cargos totales de los últimos 3 meses
- Pagos y ajustes contractuales de los últimos 3 meses
- Informe de denegaciones / rechazos de los últimos 90 días (reclamaciones enviadas vs. denegadas)
- Informe de visitas sin facturar o reclamaciones retenidas (fecha de servicio vs. fecha de envío)

Parte A — Sus 6 números

Calcule cada número y marque la columna donde cae. Los rangos son referencias comunes de la industria; su especialidad y mezcla de aseguradoras los pueden mover un poco.

Métrica	Cómo calcularlo	Su número	Saludable = 0	Atención = 1	Problema = 2
1. Días en cuentas por cobrar	Total por cobrar ÷ (cargos de 3 meses ÷ 90)		Menos de 40	40-50	Más de 50
2. Cuentas de más de 90 días	Por cobrar de más de 90 días ÷ total por cobrar		Menos de 15%	15-25%	Más de 25%
3. Tasa de denegación	Reclamaciones denegadas ÷ enviadas (90 días)		Menos de 5%	5-10%	Más de 10%
4. Reclamaciones limpias	Aceptadas en el primer envío ÷ enviadas		95% o más	90-94%	Menos de 90%
5. Tasa neta de cobro	Pagos ÷ (cargos - ajustes contractuales)		95% o más	90-94%	Menos de 90%
6. Retraso en facturar	Días promedio entre la fecha de servicio y el envío		3 días o menos	4-7 días	Más de 7 días

Puntuación Parte A (0-12): _____

Parte B — 10 preguntas de proceso

Conteste con honestidad. Cada **No** = 1 punto. Estos hábitos deciden si el dinero se cobra o se vence en silencio.

#	Pregunta	Regla a saber	Respuesta
1	Cada denegación se abre y se trabaja dentro de 7 días de recibida.		Sí / No
2	Se lleva control del término de radicación de cada aseguradora (va desde unos 90 días hasta 12 meses).	Medicare: 12 meses desde la fecha de servicio.	Sí / No
3	Los términos para apelar están en un calendario, no en la cabeza de alguien.	Redeterminación de Medicare: 120 días desde recibir la determinación inicial. Medicare Advantage y comerciales: verifique cada contrato.	Sí / No
4	La elegibilidad se verifica antes de cada visita — incluyendo los cambios mensuales de Medicare Advantage y Plan Vital.		Sí / No
5	Las pre-autorizaciones se registran con su número de aprobación y fecha de expiración.		Sí / No
6	Los pagos se comparan con su tarifa contratada para detectar pagos por debajo de lo acordado.		Sí / No
7	Los balances a favor y pagos en exceso se revisan todos los meses.	Medicare exige reportar y devolver los pagos en exceso identificados dentro de 60 días (42 CFR 401.305).	Sí / No
8	Las reclamaciones sin respuesta de la aseguradora se siguen a los 30 días.		Sí / No
9	Los rechazos del clearinghouse se corrigen dentro de 48 horas.		Sí / No
10	La cubierta secundaria se captura y se factura — incluyendo pacientes duales (Medicare + Medicaid/Platino).	A los pacientes QMB no se les puede cobrar deducibles ni coaseguros de Medicare.	Sí / No

Puntuación Parte B (0-10): _____

Parte C — Encuentre el dinero que todavía se puede recuperar

Esta es la página más importante. Una reclamación solo vale la pena perseguirla si todavía está dentro del término de radicación o de apelación. Después de esa fecha, casi siempre se pierde — no importa cuánto se trabaje.

Para sus aseguradoras principales, anote lo que hay por cobrar por antigüedad y estime cuánto sigue dentro del término.

Aseguradora	Término	31-60	61-90	91-120	120+	Aún dentro del término (\$)

Su estimado recuperable	Cantidad
A. Total de 31+ días que sigue dentro del término	\$ _____
B. De eso, lo que vence en los próximos 30 días	\$ _____
C. Denegaciones de los últimos 90 días sin apelar	\$ _____

Por qué la línea B es la más importante

La línea B es dinero con reloj corriendo. Si nadie lo trabaja en los próximos 30 días, desaparece de sus libros para siempre. Por ahí empieza un proyecto de recuperación.

Su resultado

Puntuación total = Parte A + Parte B (0-22): _____

Puntuación	Qué significa	Mejor próximo paso
0-5	Fuerte. Su proceso funciona. Solo hay fugas pequeñas.	Revise cada trimestre. Enfóquese en la línea C (denegaciones sin apelar).
6-12	Con fugas. El dinero se está envejeciendo más allá de lo fácil de cobrar.	Trabaje la línea B primero y luego corrija, uno a uno, los 'No' de la Parte B.
13-22	Urgente. Es probable que una parte importante de lo trabajado se pierda.	Busque ayuda externa con el atraso para que su equipo pueda arreglar el proceso de aquí en adelante.

¿Quiere una segunda opinión?

Envíenos su informe de antigüedad sin nombres de pacientes y le devolvemos un resumen de recuperación gratis: qué se puede cobrar todavía, qué vence pronto y con qué aseguradoras empezar. Sin acceso al sistema y sin compromiso.

info@procarepr.com • procarepr.com

Material educativo. Los rangos son referencias generales de la industria, no requisitos de las aseguradoras. Confirme siempre los términos en sus contratos y en la guía vigente de CMS.