

A nadie se le negará el servicio debido a la incapacidad de pago.

PROGRAMA DE TARIFAS DESLIZANTES

- ❖ La elegibilidad para la Escala de tarifas móviles se basa únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia y no se consideran otros factores, como el estado del seguro o el tipo de población, al determinar la elegibilidad.
 - El tamaño de la familia se define como el número de personas que viven dentro de un hogar.
 - El ingreso se define como el dinero que un hogar recibe semanalmente, mensualmente o anualmente para ser utilizado para los gastos de la vida diaria.
- ❖ Si desea solicitar una tarifa variable, debe completar el Formulario de declaración de ingresos y proporcionar un comprobante de ingresos que documente los ingresos combinados de su hogar. La prueba de ingresos puede ser cualquiera de los siguientes:
 - 1040 formularios para el año calendario anterior
 - copia del formulario W-2 del año anterior
 - carta de un empleador actual que indique cuánto le pagan
 - recibo de sueldo actual
 - talón de cheque de desempleo
 - cheque de seguridad social o prueba de otro pago de asistencia pública
- ❖ Tendremos que reevaluar sus ingresos anualmente para reafirmar la elegibilidad para la Escala de tarifas móviles.
- ❖ Al evaluar la elegibilidad de la Escala de tarifas móviles, y durante todo el proceso de recopilación de su información y / o pago, su privacidad y confidencialidad se mantendrán de acuerdo con las normas HIPAA y PA ACT 148
- ❖ La Escala de tarifas móviles será evaluada periódicamente por la Junta Directiva de Philadelphia FIGHT, pero como mínimo una vez al año, para garantizar que se minimicen las barreras financieras para la atención
 - La Junta Directiva revisa la tarifa nominal anualmente para asegurar que esa tarifa sea nominal desde la perspectiva del paciente.
- ❖ Escala de tarifa variable dental:
 - Para los servicios dentales generales, que incluyen limpiezas, radiografías, exámenes y tratamientos básicos de restauración, como empastes, la Escala de tarifa variable se evalúa según las Pautas federales de pobreza actuales (FPL) y se aplica una tarifa a la visita según las siguientes especificaciones:
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan en o por debajo del 100% del FPL tendrán una responsabilidad financiera de \$ 0.00 por cualquier visita de odontología general de FQHC.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan por encima del 100%, hasta 125% FPL inclusive, tendrán un cargo de \$ 5.00 por cualquier visita de odontología general de FQHC.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan por encima del 125%, hasta el 150% del FPL incluido, tendrán un cargo de \$ 10.00 por cualquier visita de odontología general del FQHC.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan por encima del 150%, hasta 175% FPL inclusive, tendrán un cargo de \$ 15.00 por cualquier visita de odontología general de FQHC.

- Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan por encima del 175%, hasta 200% FPL inclusive, tendrán un cargo de \$ 20.00 por cualquier visita de odontología general de FQHC
- Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan por encima del 200% no recibirán un descuento en los cargos por servicios prestados en una fecha particular de servicio.
- Para los servicios dentales de endodoncia (endodoncia) y de rehabilitación (dentaduras postizas), la Escala de tarifa variable se evalúa según las Pautas federales de pobreza (FPL) actuales y se aplica una tarifa al procedimiento según las especificaciones a continuación:
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan en o por debajo del 100% del FPL tendrán una responsabilidad financiera del 0% para los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan por encima del 100%, hasta 125% FPL inclusive, tendrán una responsabilidad financiera del 20% por los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan por encima del 125%, hasta 150% FPL inclusive, tendrán una responsabilidad financiera del 25% por los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan por encima del 150%, hasta 175% FPL inclusive, tendrán una responsabilidad financiera del 30% por los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de la familia caigan por encima del 175%, hasta 200% FPL inclusive, tendrán una responsabilidad financiera del 35% por los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia caen por encima del 200% del FPL no recibirán un descuento en los cargos por servicios prestados en una fecha de servicio en particular.

CO-PAGOS

- ❖ Si tiene un seguro que requiere copagos para visitas al consultorio, se le solicitará el copago cuando llegue para una visita.
 - Si ha sido aprobado para la Escala de tarifa móvil, se le cobrará la menor de la Tarifa móvil o el copago del seguro (según lo permitido por el contrato).
 - Si no puede pagar el copago en ese momento, no rechazaremos el servicio, sino el saldo pendiente con el traspaso y se le recordará en visitas posteriores.

FLUJO DE TRABAJO - CUIDADO URGENTE

- ❖ Cuando presente para Atención de urgencia, se le pedirá una prueba de seguro dental o médico.
 - Si tiene seguro, el personal de recepción verificará la elegibilidad y escaneará la prueba del seguro en su historial dental electrónico.
 - Si no tiene seguro, el Gerente de práctica o un miembro del personal de recepción se reunirán con usted en privado para hablar sobre los ingresos y el tamaño de la familia.
- ❖ Debe estar preparado para proporcionar prueba de ingresos siempre que sea posible.
 - Si no tiene comprobante de ingresos, le pediremos que firme un certificado.

- Esto por sí solo determinará la elegibilidad para la Escala de tarifa variable y dictará qué tarifas, si corresponde, se deben.
- ❖ Manager El gerente de práctica o el personal de recepción discutirán el pago con usted en este momento.
 - Se pueden organizar planes de pago si es necesario (consulte la sección **Planes de pago** para obtener más detalles).

FLUJO DE TRABAJO - CUIDADO BÁSICO, NO URGENTE

- ❖ Si se presenta a una cita dental para un paciente nuevo y no busca atención de urgencia, se le solicitará un comprobante de seguro.
 - Si tiene seguro, el personal de recepción verificará la elegibilidad y escaneará la prueba del seguro en su historial dental electrónico.
 - Si no tiene seguro, se lo derivará a un Coordinador de beneficios.
 - El Coordinador de beneficios lo llamará para hacerle un par de preguntas de detección por teléfono.
 - Si potencialmente califica para los beneficios, se le puede solicitar que programe una reunión en persona con el Coordinador de beneficios para proporcionar la documentación necesaria y firmar la documentación de la solicitud.
 - Si en algún momento se determina que no es elegible para los beneficios, el Coordinador de beneficios notificará al personal de la recepción dental que se comunicará con usted para analizar los ingresos y determinar si usted es elegible para la Escala de tarifa variable.
 - Si es elegible para la Escala de tarifa variable y cae en la Diapositiva A, el personal de recepción programará una cita para usted.
 - Si usted es elegible para la Escala de tarifas móviles y cae en las Diapositivas B, C, D, E o F, el personal de recepción programará 2 citas para usted: 1 será una visita inicial con un dentista y 2 será una posterior cita con el gerente de práctica para una consulta financiera.

PLANES DE PAGO

- ❖ Si no es elegible para el seguro, tiene seguro insuficiente o no se encuentra en las Diapositivas B, C, D, E o F dentro del Programa de tarifas variables, puede reunirse con el Gerente de práctica una vez que haya completado su visita inicial con el dentista.
- ❖ Durante la Consulta financiera, el Gerente de práctica elaborará un Plan de pago basado en sus circunstancias financieras actuales y cuánto puede pagar cómodamente mensualmente.
 - Para calificar para un Plan de pago, debe:
 - Tener información de seguro actual y precisa y comprobante de ingresos en el archivo.
 - Si no tiene seguro y ha pasado más de un año desde que se reunió con un Coordinador de Beneficios o nunca se reunió con un Coordinador de Beneficios, se lo derivará allí primero.
 - Cualquier autorización previa requerida por su seguro debe presentarse antes de que tenga lugar la Consulta financiera.
- ❖ Se pueden establecer planes de pago para intervalos mensuales de hasta 36 meses.
- ❖ Debe firmar el formulario de acuerdo del Plan de pago, que se escaneará en su tabla.

HOJA DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DENTAL



- ❖ Siempre puede solicitar servicios de atención de urgencia incluso mientras se procesa un plan de pago, simplemente siga las instrucciones del flujo de trabajo de atención de urgencia anterior.
- ❖ Después de la Consulta financiera, el Gerente de práctica o la recepcionista lo programarán para su próxima cita con un dentista.

AUTORIZACIÓN PREVIA

- ❖ Se puede requerir autorización previa para ciertos procedimientos bajo ciertos planes de seguro.
- ❖ Una vez que el plan de tratamiento ha sido redactado, su dentista iniciará el proceso de presentar una autorización previa en su nombre.
- ❖ A veces, la compañía de seguros solicitará información adicional para procesar la autorización previa y puede recibir una carta de la compañía de seguros que diga lo mismo, nuestro Departamento de Facturación enviará automáticamente la documentación por usted.
- ❖ Si la compañía de seguros rechaza la autorización previa, nuestro Departamento de Facturación informará al Gerente de Práctica, quien se comunicará con usted para programar una cita para una Consulta Financiera si aún no la ha tenido.