

Hoja de información de facturación dental

Actualizado el 26/03/2025

PROGRAMA DE TARIFAS MOVILES

- La elegibilidad para la escala móvil de tarifas 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 en un hogar.
 - Los ingresos se definen como el dinero que un hogar recibe semanal, mensual o anualmente para cubrir los gastos de vida diaria.
- Si desea solicitar una tarifa variable, deberá completar el Formulario de Declaración de Ingresos y presentar un comprobante de ingresos que documente los ingresos totales de su hogar. El comprobante de ingresos puede ser cualquiera de los siguientes:
 - Formularios 1040 del año calendario anterior
 - copia del formulario W-2 del año anterior
 - Carta de un empleador actual que indique cuánto le pagan
 - talón de pago actual
 - talón de cheque de desempleo
 - cheque de seguro social o comprobante de otro pago de asistencia pública
- Necesitaremos reevaluar sus ingresos anualmente para reafirmar su elegibilidad para la Escala Móvil de Tarifas.
- Al evaluar la elegibilidad para la escala móvil de tarifas, y durante todo el proceso de recopilación de su información y/o pago, su privacidad y confidencialidad se mantendrán de acuerdo con las reglas de HIPAA y PA ACT 148.
- La escala móvil de tarifas será evaluada por la Junta Directiva de Philadelphia FIGHT periódicamente, pero al menos una vez al año, para garantizar que se minimicen las barreras financieras para la atención.
 - La Junta Directiva revisa la tarifa nominal anualmente para garantizar que dicha tarifa sea nominal desde la perspectiva del paciente.
- Escala móvil de tarifas dentales:
 - Para servicios dentales generales que incluyen limpiezas, radiografías, exámenes y tratamientos restaurativos básicos como empastes, la escala móvil de tarifas se evalúa en función de las Pautas Federales de Pobreza (FPL) actuales y se asocia una tarifa con la visita según las siguientes especificaciones:
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia se encuentren en o por debajo del 100 % del FPL tendrán una responsabilidad financiera de \$0.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 100%, hasta e incluyendo el 125% del FPL, tendrán un cargo de \$5.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.

Hoja de información de facturación dental

Actualizado el 26/03/2025

- Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 125%, hasta é incluyendo el 150% del FPL, tendrán un cargo de \$10.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 150%, hasta é incluyendo el 175% del FPL, tendrán un cargo de \$15.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 175%, hasta é incluyendo el 200% del FPL, tendrán un cargo de \$20.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 200% no recibirán un descuento en los cargos por servicios prestados en una fecha de servicio particular.
- Para servicios de endodoncia (tratamiento de conducto) y rehabilitación dental (prótesis dentales), la escala móvil de tarifas se evalúa en función de las Pautas Federales de Pobreza (FPL) actuales y se asocia una tarifa con el procedimiento según las siguientes especificaciones:
- Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia sean iguales o inferiores al 100 % del FPL tendrán una responsabilidad financiera del 0 % por los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 100%, hasta incluyendo el 125% del FPL, tendrán una responsabilidad financiera del 20% por los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 125%, hasta incluyendo el 150% del FPL, tendrán una responsabilidad financiera del 25% por los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 150%, hasta un 175% incluyendo del FPL, tendrán una responsabilidad financiera del 30% por los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 175%, hasta incluyendo el 200% del FPL, tendrán una responsabilidad financiera del 35% por los procedimientos dentales.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia sean superiores al 200 % del FPL no recibirán un descuento en los cargos por servicios prestados en una fecha de servicio particular.

COPAGOS

Hoja de información de facturación dental

Actualizado el 26/03/2025

- Si tiene un seguro que requiere copagos para las visitas al consultorio, se le solicitará el copago cuando llegue para una visita; no realizamos facturas para saldar.
- Si ha sido aprobado para la Escala móvil de tarifas, se le cobrará el menor de los montos entre la Tarifa móvil o el copago del seguro (según lo permita el contrato).
- Si no puede pagar el copago en ese momento, no rechazaremos el servicio, pero el saldo pendiente se transferirá y se le recordará en las visitas posteriores.

FLUJO DE TRABAJO - ATENCIÓN DE URGENCIA

- Cuando se presente para atención de urgencia, se le solicitará un comprobante de seguro médico o dental.
 - Si tiene seguro, el personal de recepción verificará su elegibilidad y escaneará el comprobante del seguro en su historial dental electrónico.
 - Si no tiene seguro, el personal de recepción le preguntará sobre sus 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 consigo, le pediremos que firme una Declaración de Ingresos.
- El personal de recepción discutirá el pago con usted en este momento.
 - Se pueden organizar planes de pago si es necesario (consulte la sección sobre **Planes de pago** para obtener más detalles).

FLUJO DE TRABAJO - ATENCIÓN BÁSICA, NO URGENTE

- Cuando programe una cita de atención comprensiva como paciente nuevo del consultorio, se le solicitará un comprobante de seguro.
 - Si tiene seguro, el personal de recepción verificará su elegibilidad antes de su cita; debe traer su(s) tarjeta(s) de seguro a su primera cita para que puedan escanearse en su historial médico.
 - Si no tiene seguro, se le remitirá a un navegador de recursos Philadelphia FIGHT.
 - El Navegador de recursos lo llamará para hacerle un par de preguntas de evaluación por teléfono.
 - Si potencialmente califica para los beneficios, es posible que se le solicite programar una reunión en persona con el Navegador de recursos para proporcionar cualquier documentación necesaria y firmar la solicitud.
- Si en algún momento se determina que usted no es elegible para recibir los beneficios, el Navegador de recursos notificará al personal de recepción del dentista, quien se comunicará con usted para programar y analizar los costos de la visita.

PLANES DE PAGO

- Si no es elegible para el seguro, tiene un seguro insuficiente o se encuentra en las secciones B, C, D, E o F dentro del Programa de tarifas variables, puede organizar un plan de pago basado en sus circunstancias financieras actuales y en cuánto puede pagar cómodamente de manera regular.

Hoja de información de facturación dental

Actualizado el 26/03/2025

- Para calificar para un Plan de Pago, usted **debe**:
 - Tener información de seguro actual y precisa, y comprobante de ingresos en archivo.
 - Si no tiene seguro y ha pasado más de un año desde que se reunió con un Navegador de recursos ó nunca se ha reunido con un Navegador de recursos, se le remitirá allí primero.
 - Cualquier autorización previa requerida por su seguro debe determinarse antes de que se pueda establecer un Plan de Pago.
- Es posible que se le solicite que firme un formulario de acuerdo de plan de pago, que se escaneará en su historial.
- Siempre puede acudir para recibir 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.

PREAUTORIZACIÓN

- Es posible que se requiera autorización previa para ciertos procedimientos bajo ciertos planes de seguro.
- Una vez elaborado el plan de tratamiento, su dentista iniciará el proceso de presentación de una preautorización en su nombre.
- Si la compañía de seguros niega la autorización previa, aplicaremos la escala de tarifa móvil si es elegible y se puede establecer un plan de pago, si es necesario.