Política de facturación dental

POLÍTICA: El objetivo de Philadelphia FIGHT Family Dentistry (FIGHT Dental) es minimizar cualquier barrera financiera para la atención clínica. Como parte de este esfuerzo, FIGHT ha determinado los cargos habituales, acostumbrados y razonables por los servicios que representan las tarifas habituales en el área geográfica, así como el costo real de los servicios prestados. Philadelphia FIGHT también emplea una escala móvil de descuentos en las tarifas para minimizar las barreras financieras para nuestra población objetivo

---

PROPÓSITO: El propósito de esta política es garantizar que FIGHT Dental proporcione todos los servicios dentro del alcance aprobado del proyecto, al tiempo que minimiza las barreras financieras y proporciona apoyo siempre que sea posible

---

I. **PROGRAMA DE TARIFAS ESCALONALES**

A. La elegibilidad para el Programa de Tarifas Escalonadas 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, para determinar la elegibilidad

   i. El tamaño de la familia se define como el número de pacientes que viven en un hogar.

   ii. Los ingresos se definen como el dinero que un hogar recibe semanalmente, mensualmente o anualmente para cubrir los gastos de vida diaria.

B. Los pacientes que solicitan el Programa de Tarifa Variable deben presentar un comprobante de ingresos que documente los ingresos totales de su hogar. La verificación de ingresos puede presentarse en formato físico o electrónico y puede obtenerse de uno de los siguientes sitios:

   i. Formularios 1040 del año calendario anterior

   ii. copia del formulario W-2 del año anterior

   iii. Carta de un empleador actual que indique las ganancias

   iv. talones de pago más recientes

   v. talón de cheque de desempleo más reciente

   vi. Carta de concesión de seguridad social/discapacidad para el año calendario actual o comprobante de otro pago de asistencia pública

C. Los ingresos del paciente se reevaluarán anualmente para determinar la elegibilidad para el Programa de tarifa móvil.

D. Los pacientes son responsables de notificar al personal de FIGHT sobre cualquier cambio en los ingresos o la composición del hogar.

E. A todos los pacientes se les informa sobre el Programa de Tarifa Móvil y la disponibilidad de Planes de Pago.

i. Los procesos para informar a los pacientes sobre el Programa de Tarifa Móvil incluyen:

1. Señalización en la ubicación de la clínica
2. Información proporcionada en el proceso de registro y antes de programar cualquier cita por los recepcionistas o navegadores de acceso a beneficios.
3. Información incluida en los folletos y materiales de marketing de FIGHT Dental
4. Información en el sitio web de Philadelphia FIGHT.

ii. La información sobre el Programa de Tarifas Móviles estará disponible tanto en inglés como en español.

F. Al evaluar la elegibilidad para el Programa de Tarifa Móvil, y durante todo el proceso de recopilación de información del paciente, se mantendrá la privacidad y confidencialidad del paciente de acuerdo con las normas de HIPAA y PA ACT 148.

G. El Programa de Tarifas Móviles debe ser evaluado por la Junta Directiva periódicamente, pero al menos una vez al año, para asegurar que se minimicen las barreras financieras para la atención.

i. La Junta Directiva revisa la tarifa nominal anualmente para garantizar que dicha tarifa sea nominal desde la perspectiva del paciente.

II. PAGO

A. Si un paciente está inscrito en un plan de seguro que requiere copagos (incluidos coseguro y deducibles), se esperará el pago en la fecha del servicio.

i. Si un paciente ha sido aprobado para el Programa de tarifa móvil, se le cobrará el menor de los montos entre la tarifa móvil o el copago del seguro (según lo permita el contrato).

B. Si el plan de seguro de un paciente niega un procedimiento, el paciente tiene la opción de pagar el tratamiento de acuerdo con la Escala móvil de tarifas, siempre que cumpla con los criterios para calificar para el Programa de tarifas móviles.

C. El tratamiento dental electivo se pospondrá hasta que el paciente pueda proporcionar comprobante de ingresos.

i. Los pacientes que se presentan para un tratamiento dental electivo y solicitan utilizar el Programa de tarifa variable para los servicios pero no tienen un comprobante de ingresos disponible al momento de la visita, pueden pagar la tarifa completa de la visita o elegir reprogramar la cita.

ii. Los pacientes que no puedan presentar ninguno de los documentos de comprobante de ingresos enumerados en la sección IB pueden completar una autodeclaración de ingresos cada vez que se presenten a una cita dental.

D. Los pacientes que se nieguen a proporcionar documentación de ingresos o se nieguen a participar en el proceso de derivación de beneficios cuando corresponda, no serán elegibles para participar en el Programa de tarifa móvil y serán responsables del 100 % de las tarifas del tratamiento.

III. ESCALA DE HONORARIOS DENTALES

A. Para los servicios dentales generales brindados para aliviar el dolor, resolver infecciones y mantener una buena salud bucal, incluidos exámenes de diagnóstico e imágenes, limpieza dental profiláctica, raspado y alisado radicular (limpieza profunda) y empastes dentales básicos, 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:
   i. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia se encuentren en o por debajo del 100 % del FPL tendrán una responsabilidad financiera de $5.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.
   ii. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia superen el 100%, hasta inclusive el 125% del FPL, tendrán un cargo de $10.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.
   iii. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia sean superiores al 125%, hasta inclusive el 150% del FPL, tendrán un cargo de $15.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.
   iv. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia sean superiores al 150%, hasta inclusive el 175% del FPL, tendrán un cargo de $20.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.
   v. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia sean superiores al 175%, hasta inclusive el 200% del FPL, tendrán un cargo de $25.00 por cualquier visita de odontología general en un FQHC.
   vi. 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.

B. Para los servicios dentales especializados brindados para restaurar la función y la estética, incluidas dentaduras postizas completas y parciales, coronas, puentes, incrustaciones/onlays y protectores nocturnos, el Programa de tarifa móvil se evalúa en función de las Pautas federales de pobreza (FPL) actuales y se asocia una tarifa con el procedimiento según las siguientes especificaciones:
   i. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia se encuentren en o por debajo del 100 % del FPL tendrán que pagar una tarifa de $40 por cada visita que incluya servicios dentales especializados.
   ii. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia sean superiores al 100%, hasta inclusive el 125% del FPL, tendrán un cargo de $55 por cada visita que involucre servicios dentales especializados.
   iii. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia sean superiores al 125%, hasta inclusive el 150% del FPL, tendrán un cargo de $70 por cada visita que involucre servicios dentales especializados.
   iv. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia sean superiores al 150%, hasta inclusive el 175% del FPL, tendrán un cargo de $85 por cada visita que involucre servicios dentales especializados.
   v. Los pacientes cuyos ingresos familiares y tamaño de familia sean superiores al 175%, hasta inclusive el 200% del FPL, tendrán un cargo de $100 por cada visita que involucre servicios dentales especializados.
   vi. 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.

IV. AUTORIZACIÓN PREVIA

A. Es posible que se requiera autorización previa para ciertos procedimientos bajo ciertos planes de seguro

B. Una vez establecido un plan de tratamiento dental, se solicitará autorización previa a la compañía de seguros para cualquier procedimiento que lo requiera.

C. No se puede programar a los pacientes para el procedimiento hasta que se haya tomado una determinación de autorización previa.

- **i.** La autorización previa puede tardar hasta 30 días hábiles.

D. Si se aprueba la autorización previa, el personal de recepción llamará al paciente para programar su procedimiento.

E. Si se niega una autorización previa, los costos de los servicios se evaluarán según las pautas de responsabilidad financiera descritas anteriormente; si el paciente no es elegible para el Programa de tarifa variable, el paciente será responsable del 100% de los costos del tratamiento.

- **i.** Se requerirá que el paciente firme un formulario de consentimiento para servicios no cubiertos.

F. Los pacientes pueden seguir utilizando los servicios de atención de urgencia mientras la autorización previa esté pendiente

V. PLANES DE PAGO

A. Una vez establecido un plan de tratamiento, los pacientes pueden solicitar una consulta financiera para discutir los acuerdos de pago

B. Durante la consulta financiera, el personal dental elaborará un plan de pago basado en las circunstancias financieras actuales del paciente y cuánto puede pagar cómodamente por el costo del tratamiento y con qué frecuencia.

- **i.** El paciente debe tener información de seguro actualizada y comprobante de ingresos en el archivo.
- **ii.** Si el paciente no tiene seguro y ha pasado más de un año desde que se reunió con un Navegador de Acceso a Beneficios, se lo debe derivar allí primero.
- **iii.** Todas las autorizaciones previas deben determinarse antes de la consulta financiera.
- **iv.** El paciente debe firmar el formulario de acuerdo del plan de pago, que se escaneará en el EMR.

C. FIGHT diferirá el tratamiento dental electivo para cualquier paciente que haya tenido un saldo pendiente durante >90 días y no haya realizado ningún pago para ese saldo durante >90 días.

VI. REMISIÓN DE BENEFICIOS

A. Si un paciente no tiene seguro y sus ingresos son iguales o inferiores al 150 % del FPL, o si sus ingresos son mayores, pero él o el personal creen que tiene una condición de salud que lo califica, será remitido a un Navegador de Acceso a Beneficios para determinar si es elegible para Asistencia Médica, entre otros beneficios

B. Con el permiso del paciente, un navegador de acceso a beneficios se comunicará con él para identificar cualquier beneficio potencial, incluida la asistencia médica, para el que pueda calificar y luego lo ayudará a completar el proceso de solicitud.

C. Si el Navegador de Acceso a Beneficios determina que el paciente no es elegible para Asistencia Médica, los costos de los servicios se evaluarán según la elegibilidad del Programa de Tarifa Móvil; si el paciente no es elegible para el Programa de Tarifa Móvil, será responsable del 100% de los costos del tratamiento.

D. Si un paciente rechaza la derivación de beneficios, no responde a los intentos de acercamiento de un navegador de acceso a beneficios o no cumple con las solicitudes de un navegador de acceso a beneficios durante el proceso de selección/solicitud, será responsable del 100 % de los costos del tratamiento.

    i. Los pacientes pueden volver a participar en el proceso de derivación de beneficios en cualquier momento.

E. Los pacientes pueden continuar utilizando los servicios de atención de urgencia durante el proceso de derivación de beneficios o si se niegan a participar en el proceso de derivación.