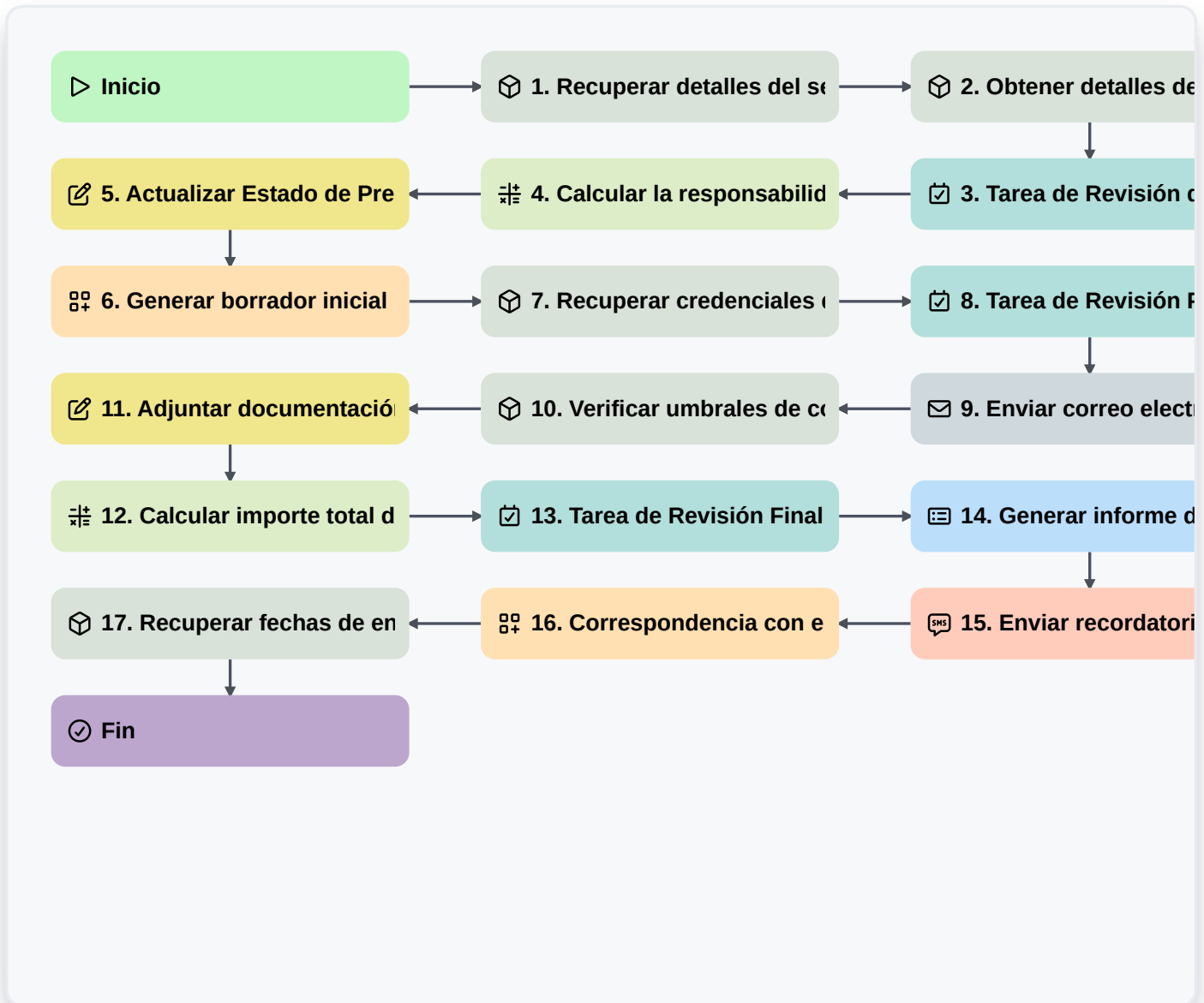


# Flujo De Trabajo Para La Presentación De Reclamaciones De Seguro Dental: Maximice El Reembolso Y Minimice Los Errores



## ▷ Inicio

Inicio del flujo de trabajo/proceso.

### 1. Recuperar detalles del seguro del paciente

Obtenga la póliza de seguro principal y la información de contacto del Modelo de Datos del Paciente.

### 2. Obtener detalles del plan de tratamiento

Obtenga los servicios necesarios y los códigos asociados (códigos CDT) del Modelo de Plan de Tratamiento.

### 3. Tarea de Revisión de Elegibilidad de Reclamación

Asigne una tarea al Especialista de Facturación para verificar la cobertura del paciente y el estado del deducible.

### 4. Calcular la responsabilidad estimada del paciente

Ejecutar la fórmula:  $(\text{Costo Total} - \text{Cobertura del Seguro})$  para determinar la parte del paciente.

## **5. Actualizar Estado de Presentación de Reclamación**

Actualizar el Modelo de Registro de Reclamaciones con el estado actual de la presentación (ej. 'Presentado', 'Denegado', 'Pagado').

## **6. Generar borrador inicial de reclamación**

Cree una nueva entrada de borrador en el Modelo de Reclamación de Seguro utilizando los datos recopilados de servicios y pacientes.

## **7. Recuperar credenciales del proveedor**

Obtenga los números NPI e IDs fiscales necesarios del proveedor para la presentación de la reclamación.

## **8. Tarea de Revisión Previa al Envío**

Asignar la tarea al Gerente de Oficina para revisar los documentos de soporte requeridos.

## **9. Enviar correo electrónico de estado preliminar de la reclamación al paciente**

Notificar al paciente con un costo estimado de bolsillo antes de la presentación.

## **10. Verificar umbrales de copago/deducible**

Verifique las pautas actuales de los pagadores con los códigos de servicio para anticipar posibles rechazos de reclamaciones.

## **11. Adjuntar documentación de soporte**

Vincule los registros necesarios (radiografías, formularios de consentimiento) al expediente de la reclamación.

## **12. Calcular importe total de la reclamación**

Sume todos los cargos de las unidades de servicio asociados al plan de tratamiento.

## **13. Tarea de Revisión Final de Facturación**

Se requiere la aprobación final del supervisor de facturación antes de enviarlo al pagador.

## **14. Generar informe de presentación de reclamación**

Crear un informe estructurado detallando todos los servicios facturados y los códigos asociados para fines de auditoría.

## **15. Enviar recordatorio para completar formularios faltantes**

Enviar un recordatorio por SMS al paciente si falta algún formulario para la facturación correcta.

## **16. Correspondencia con el Pagador**

Cree una entrada de registro para cualquier comunicación recibida de la compañía de seguros (EOB/ERA).

## **17. Recuperar fechas de encuentro**

Recopile la fecha del servicio para asegurar que la reclamación se encuentra dentro del período de cobertura actual.

## **Fin**

Fin del flujo de trabajo/proceso.