

# Flux De Soumission De Réclamation D'assurance Dentaire : Maximiser Le Remboursement Et Minimiser Les Erreurs



## ▷ Début

Début du flux de travail/processus.

### 📦 1. Récupérer les détails de l'assurance du patient

Obtenez la police d'assurance principale et les coordonnées du Modèle de données des patients.

### 📦 2. Récupérer les détails du plan de traitement

Obtenez les services nécessaires et les codes associés (codes CDT) à partir du modèle de plan de traitement.

### 📋 3. Tâche de vérification de l'éligibilité des demandes

Attribuer la tâche au spécialiste de la facturation pour vérifier la couverture et le statut de la franchise du patient.

### 🔢 4. Calculer la responsabilité estimée du patient

Exécuter la formule :  $(\text{Coût total} - \text{Couverture d'assurance})$  pour déterminer la part du patient.

## **5. Mettre à jour le statut de soumission de la réclamation**

Mettre à jour le modèle d'enregistrement de réclamation avec le statut de soumission actuel (par exemple, « Soumis », « Refusé », « Payé »).

## **6. Générer un projet de réclamation initial**

Créer une nouvelle entrée brouillon dans le modèle de réclamation d'assurance en utilisant les données de service et de patient recueillies.

## **7. Récupérer les informations d'identification du prestataire**

Récupérer les numéros NPI et les numéros fiscaux nécessaires des prestataires pour la soumission de la demande.

## **8. Tâche d'examen avant soumission**

Attribuer la tâche au responsable de bureau de réviser les documents justificatifs requis.

## **9. Envoyer un courriel de statut préliminaire de réclamation au patient**

Informez le patient du coût de poche estimé avant la soumission.

## **10. Vérifier les seuils de copaiement/franchise**

Vérifiez les directives actuelles des payeurs par rapport aux codes de services pour anticiper les éventuels rejets de réclamation.

## **11. Joindre des documents justificatifs**

Joindre les dossiers nécessaires (radiographies, formulaires de consentement) au dossier de réclamation.

## **12. Calculer le montant total de la réclamation**

Additionnez tous les frais unitaires de service associés au plan de traitement.

## **13. Tâche de révision de facturation finale**

Nécessite la validation finale du superviseur de facturation avant d'être envoyé au payeur.

## **14. Générer le rapport de soumission de réclamation**

Créer un rapport structuré détaillant tous les services facturés et les codes associés à des fins d'audit.

## **15. Envoyer un rappel pour compléter les formulaires manquants**

Envoyer un rappel par SMS au patient si des formulaires sont manquants pour une facturation précise.

## **16. Correspondances des payeurs**

Créer une entrée de journal pour toute communication reçue de la compagnie d'assurance (RIB/PIRE).

## **17. Récupérer les dates de rencontre**

Recueillez la date de service pour vous assurer que la réclamation se situe dans la période de couverture actuelle.

## **Fin**

Fin du flux de travail/processus.