

Работен Процес За Подаване На Заявки За Зъболестна Застраховка: Максимизирайте Възстановяването И Минимизирайте Грешките



▶ Старт

Начало на работния поток/процеса.

📦 1. Извличане на данните за здравно осигуряване на пациента

Вземете основната застрахователна полица и контактната информация от Модела на данните на пациента.

📦 2. Извличане на подробности от плана за лечение

Получете необходимите услуги и свързаните им кодове (CDT кодове) от Модела на плана за лечение.

✅ 3. Преглед на правоспособността на претенцията

Назначете задача на Специалиста по фактуриране да провери покритието и статуса на извадката на пациента.

4. Изчислете предварителната отговорност на пациента

Изпълнете формулата: (Обща цена - Покритие от застраховка) за определяне на частта на пациента.

5. Актуализиране на статуса на подаване на претенция

Актуализирайте модела на запис на претенцията със сегашния статус на подаването (например, 'Подадено', 'Отказано', 'Платено').

6. Създайте първоначален проект на претенция

Създайте нов чернова запис в Модела за застрахователни претенции, като използвате събраните данни за услугата и пациента.

7. Извличане на данни за доставчика

Получете необходимите идентификационни номера (NPI) и данъчни лични номера на доставчика за подаване на претенцията.

8. Задача за пред-предоставяне преглед

Назначете задача на офис мениджъра да прегледа необходимите подкрепящи документи.

9. Изпратете имейл със статус на предварително заявление към пациента

Информирайте пациента за предварителна оценка на личните му разходи преди подаване.

10. Проверете праговете на плащане/устъпки

Проверете настоящите насоки за плащания от своя услуги кодове, за да предпазите от потенциални отхвърляния на искове.

11. Прикачете допълнителна документация

Прикрепете необходимите документи (рентгенови снимки, формуляри за съгласие) към досието по претенцията.

12. Изчислете общата сума по претенцията

Съберете всички свързани такси за услуги от плана за лечение.

13. Задача за финална проверка на сметката

Изисквайте окончателно одобрение от ръководителя на сметките преди изпращане към плащача.

14. Генериране на доклад за подаване на претенция

Създайте структуриран доклад, детайлизиращ всички фактурирани услуги и свързаните кодове за целите на одита.

15. Изпращане на напомняне за попълване на липсващи формуляри

Изпратете SMS напомняне на пациента, ако липсват необходими формуляри за коректно начисляване.

16. Следете кореспонденцията с платежника

Създайте записка в дневника за всяка комуникация, получена от застрахователната компания (EOB/ERA).

17. Извличане на дати на преминаване

Сбережете да дата на услуга, за да се уверите, че претенцията попада в текущия период на ползване.

Край

Край на работния поток/процеса.