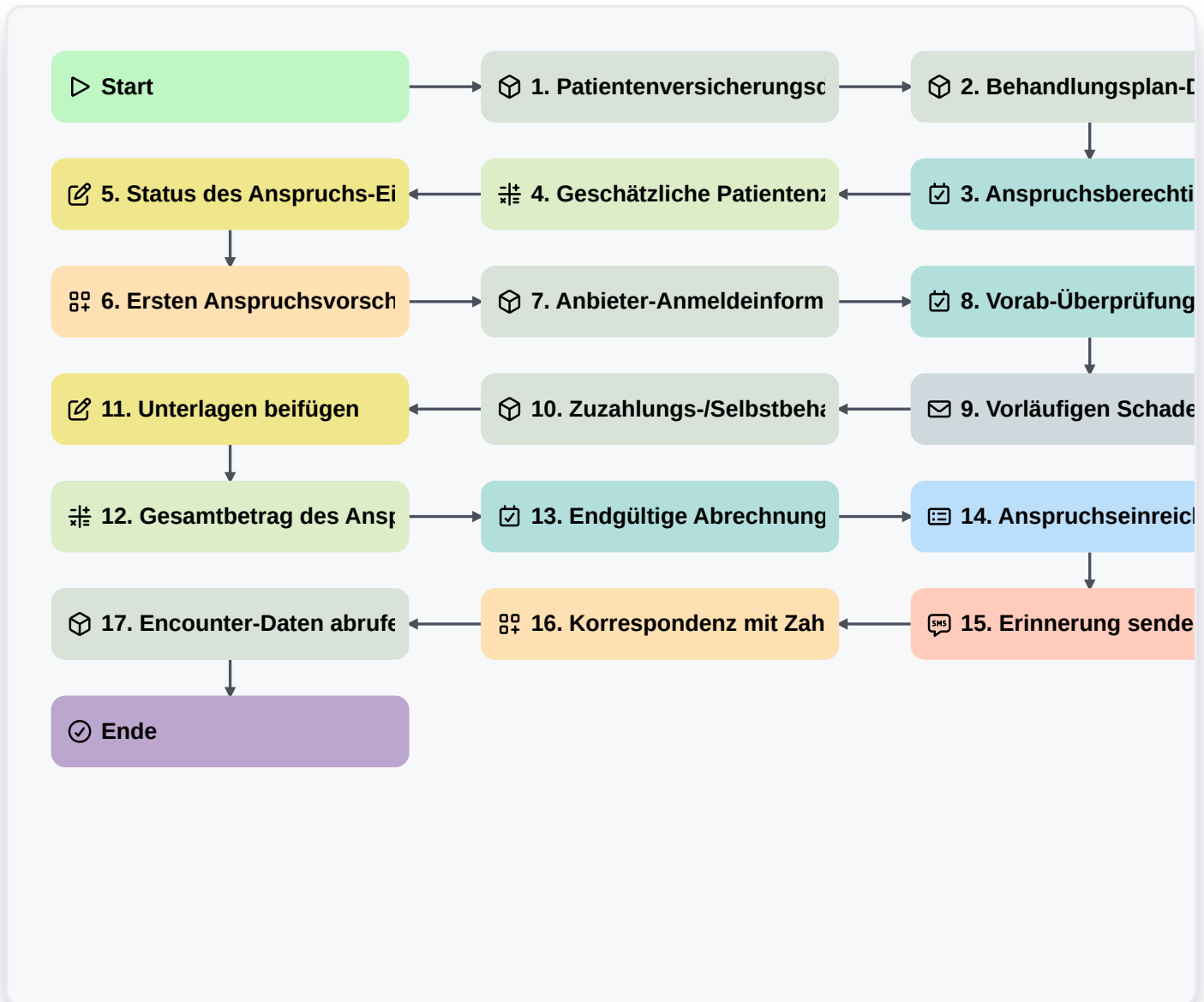


Workflow Zur Einreichung Von Zahnversicherungsansprüchen: Maximieren Sie Die Rückerstattung Und Minimieren Sie Fehler



▷ Start

Start des Workflows/Prozesses.

📦 1. Patientenversicherungsdaten abrufen

Hauptversicherungspolice und Kontaktdaten aus dem Patienten-Datenmodell beziehen.

📦 2. Behandlungsplan-Details abrufen

Benötigte Leistungen und zugehörige Codes (CDT-Codes) aus dem Therapieplanmodell beziehen.

✅ 3. Anspruchsberechtigung überprüfen Aufgabe

Weisen Sie dem Abrechnungsspezialisten die Aufgabe zu, den Versicherungs- und Selbstbehaltsstatus des Patienten zu überprüfen.

🧮 4. Geschätzliche Patientenzahlung berechnen

Formel ausführen: (Gesamtkosten - Versicherungsdeckung), um den Patientenanteil zu ermitteln.

5. Status des Anspruchs-Einreichungsstatus aktualisieren

Das Anspruchsdatenmodell mit dem aktuellen Einreichungsstatus aktualisieren (z. B. „Eingereicht“, „Abgelehnt“, „Bezahlt“).

6. Ersten Anspruchsvorschlag erstellen

Erstellen Sie einen neuen Entwurfseintrag im Schadensfallmodell des Versicherungsanspruchs mit den gesammelten Servicedaten und Patientendaten.

7. Anbieter-Anmeldeinformationen abrufen

Holen Sie die erforderlichen NPI- und Steueridentifikationsnummern des Anbieters für die Einreichung des Anspruchs.

8. Vorab-Überprüfungsvorgabe

Aufgabe an die Büroleiterin delegieren, die erforderlichen Unterlagen zu überprüfen.

9. Vorläufigen Schadensstatus-E-Mail an den Patienten senden

Informieren Sie den Patienten vor der Einreichung über die vora geschätzten Selbstkosten.

10. Zuzahlungs-/Selbstbehaltsschwellen prüfen

Überprüfen Sie die aktuellen Kostenträgerrichtlinien anhand der Leistungscodes, um potenzielle Ablehnungen von Forderungen vorherzusehen.

11. Unterlagen beifügen

Verknüpfen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenbilder, Einverständniserklärungen) mit der Schadensakte.

12. Gesamtbetrag des Anspruchs berechnen

Addieren Sie alle zugehörigen Service-Einheitsgebühren aus dem Behandlungsplan.

13. Endgültige Abrechnungsprüfung Aufgabe

Bevor es an den Kostenträger gesendet wird, ist die endgültige Freigabe durch den Abrechnungsleiter erforderlich.

14. Anspruchseinreichungsbericht generieren

Erstellen Sie einen strukturierten Bericht, der alle in Rechnung gestellten Dienstleistungen und zugehörigen Codes zu Prüfzwecken detailliert darlegt.

15. Erinnerung senden, um fehlende Formulare auszufüllen

Senden Sie bei Bedarf eine SMS-Erinnerung an den Patienten, falls Formulare für eine korrekte Abrechnung fehlen.

16. Korrespondenz mit Zahlungspflichtigen

Erstellen Sie einen Protokolleintrag für jegliche Kommunikation, die Sie von der Versicherung erhalten (EOB/ERA).

17. Encounter-Daten abrufen

Sammeln Sie das Datum der Leistungserbringung, um sicherzustellen, dass der Anspruch in den aktuellen Leistungszeitraum fällt.

Ende

Ende des Arbeitsablaufs/Prozesses.