

## Faturalama ve Geri Ödeme ile İlişkili İdare Standartları

Bu bölüm, işbirliğine dayalı uygulamalar için faturalama ve geri ödeme hakkında bir referans olarak hizmet etmesi amacıyla kaleme alınmıştır. Sunulan tüm bilgilerin her uygulama için geçerliği olduğu akılda tutulmalıdır. Doküman beklentileri tüm eyaletlerde aynıdır ve Genel Denetim Ofisi (OIG) federal standartlarına dayanmaktadır. Medicare geri ödeme kılavuzları eyaletten eyalete değişebilir ve internette bulunmaktadır.

Eczane takımının her üyesinin sesli kararları kullandığından emin olmak için, eczacılık uygulaması çalışanlarının yazılı İdare Standartlarına bağlı olması gerekebilir. Bu standartlar federal ve eyalet kılavuzları kadar, uygulama beklentilerine de dayanmalıdır. Bu makalede standartlara dahil edilmesi gereken bazı konular öne çıkarılmıştır. (Burada konu, yalnızca faturalama ve geri ödeme olduğundan, bu makalede OIG'nin şirket uyum planına dahil edilmesini önerdiği diğer alanlar dahil edilmemiştir.)

Takımın tüm üyelerinin değerlendirip imzaladığı standartlar koymanın amacı istem başvurularına istikrarlı bir yaklaşım olduğundan emin olmaktır. İyi niyetin gösterilmesi ve açık istemlerin gönderilmesi uygulamayı negatif denetleme sonuçlarından korumaya yardımcı olabilir. Ek olarak, yeni çalışanlar oryantasyon sırasında standartlardan yardım alabilirler ve ayrıca standartlar yıllık performans değerlendirmelerinde kullanılabilir.

### İdare Standartları İçin Örnek Konular

Geri ödeme yeterli dokümantasyon, doğru kod seçimi ve düzenli internal denetim gerektirir

### Faturalama ve Geri Ödeme Doküman Araçları

Eczaneler dokümantasyon aracı olarak kullanılan formlar için standart bir format kullanmalıdırlar. Bu araçlar Medicare ve Medicaid Servis Merkezlerinin

(CMS) önerdiği kılavuzlara uygun olmalıdır. Bir araç seçerken, aşağıdakileri göz önünde bulundurmak önemlidir:

- Tanımladığınız sürece 'normal' veya 'anormal' gibi terimleri kullanmayın.
- Pozitif bulguları dokümante etmek için kontrol işareti atmak, bulguyu daire içinde almaktan veya kutuyu doldurmaktan daha kolaydır.
- Açık alanlarda, dar verileri girmek için çizgiler olmalıdır.
- Eğer destek hizmetlerinde çalışanlar verilere katkıda bulunuyorlarsa, imzaları için bir alan açılmalıdır.
- Tek sayfalık formlar en iyisidir. Birçok kişi bir sayfadan fazlasını doldurmayacaktır.
- Formlar hasta varken doldurulmalıdır.
- Hasta kimliğinin iki formunun dokümante edilebilmesi için alan bırakılmalıdır (adı, doğum tarihi, sosyal güvenlik veya hesap numaraları).
- İlaç ve problem listesi her ziyarette güncellenmelidir; ayrıca değişikliğin olmadığını bildiren bir alan olmalıdır.
- Tam imzanın yerine ismin baş harfleri kullanılırsa, bir imza logu bulundurulmalı ve her yıl güncellenmelidir. Logda hizmet verenlerin kullanımı için tam adlar ve baş harfleri yer almalıdır.

Araç olarak kullanılan dokümanlar hastalar hakkında eczacının hafızasını tazelemeye yetecek veri içermelidir. Hasta sayısı arttıkça, hastaları tanımak ve son ziyarette önerileni hatırlamak çok zor hale gelir.

### Denetim Prosesi

Faturalama uygulamalarının denetimi için daha büyük bir organizasyona katılmayan küçük eczane uy-

### İdarenin Örnek Faturalama ve Geri Ödeme Standartları

Uygulamanızın felsefesi idare standartlarınıza rehberdir. Yazılı felsefemiz uygulamamızda güvenli, kanunlara uygun, atik ve üretken bir iş yapmak için izlediğimiz hedef ve amaçları içerir. İşbirliğine dayalı takımımızın her üyesi standartlarımızın istikrarlı bir şekilde uygulanması ile ilgili görevlendirilmiştir. Eczacılık ihtiyaçları olan hastalara hizmet sunmak için uygun kanun ve düzenlemelere uyumlu olmak için her türlü gayreti göstereceğiz. Hedeflerimize eklenen bu amaçlar aşağıdadır:

1. Tıbbi kayıtlar hizmet sırasında tamamlanacak, imzalanacak ve tarih atılacaktır.
2. Tıbbi katılar ekli ve düzenli olacaktır.
3. Tıbbi kayıt dokümantasyonları okunaklı olacaktır.
4. Dokümantasyon ziyaret neden(ler)i (tıbbi gereklilik), mevcut hastalığın hikayesi, hasta muayene konuları, etki veya tanı ve tedavi planını içerecektir.
5. Tanı veya diğer yardımcı hizmetler için taleplerin gerekçeleri açıkça belirtilmiş olmalı veya kolay anlaşılır olmalıdır.
6. Hastanın ilerleyişi, tedaviye yanıtı ve bakımdaki değişiklikler dokümente edilmelidir.
7. Tıbbi kayıtlar doğru olmalıdır.
8. Tıbbi kayıtlar süpervizör doktor tarafından 24 saat içinde gözden geçirilecek ve imzalanacaktır.
9. Yan ödemeler hasta bakım hizmeti sırasında alınacaktır.
10. Medicare veya Medicaid yaralanıcılarına ödenen ve vergi ödemeleri arasındaki farklı fatura etmek yasaktır. Medicare ve Medicaid mevcut tüm özel sağlık sigortalarına ikinci ödeyici olarak tanınır.
11. Tıbbi kayıtlar hasta bakımı süresince doktorum aktif katılımı gösterilecektir.
12. Faturalama olayı bildirildiğinde (SS 2050.1, 2050.2 ve 15501 altbölüm C):
  - Süpervizör anlaşma metodu dosyadadır.
  - Süpervizör hasta ziyaret saatlerinde süitte olmalıdır.
  - Primer doktorun yönlendirmesi bulgudur.
  - Orijinal tanı refere eden hekim tarafından konmuştur.
  - Sağlanan bakım doktorun bakım planının bir parçasıdır.
  - Eczane bakım ziyareti hastanın ziyaretinden sonraki 24 saat içinde imzalanmalıdır.
13. Yalnızca hastayla görüşmenin %50'si tartışmaya harcanması durumunda zaman faturalanır.
14. Korunmuş Sağlık Bilgileri (PHI) yalnızca hasta imzalanmış bir HIPAA onam formuyla onaylandığında dışarıya verilecektir.
15. Uygulama takımı üyelerinin kompensasyonu istemlerin yanlış kodlanmasına yol açmayacaktır.
16. İptal eden veya üç kez randevuya gelmeyen hastalar bakıdan çıkarılacaktır.
17. Tıbbi kayıtlar en az 10 yıl, eğer hasta küçükse 18 yaşına kadar artı 10 yıl saklanacaktır.
18. Veriler günlük yedekleme ve sistem koruma yazılımı ile korunacaktır.
19. Hasta verileri sertifikalı bir sağlık sistemi denetçisi tarafından her yıl denetlenecektir.
20. Birincil ve/veya ikincil ödemeleri yapan kuruluşların kapsamadığı hasta ziyaretlerinden önce ABN elde edilecektir.

gulamaları, profillerini görmek için her yıl ödeyicilerle temasa geçmelidir. Profilleri görmek eczaneye uygulamalarının bu alanda hizmet veren diğerleri ile uyumlu olup olmadığını belirlemesine yardımcı olur.

Bu profillerden bilgi almanın yanında, eczanenin ayrıca, uygulama dokümantasyon araçlarının özel durumlarda kullanılan kodları destekleyip desteklemediğini belirlemek amacıyla bir kod analizi yapmak üzere sertifikalı bir denetimsi olmalıdır. Kaliteli bir denetimci bulabilmek için, sağlık alanında özelleşmiş muhasebe firmalarını kontrol

edebilir veya Sertifikalı Sağlık Bakımı Danışmanı bulmak için ulusal Sağlık Uyum Kaynakları ([www.complianceresources.com](http://www.complianceresources.com)) organizasyonu ile temasa geçebilir. Denetimciler ulusal olarak sertifikalı olmalıdırlar ve en az iki yıllık deneyimleri olmalıdır.

Denetimci son 3-6 aylık dokümanları gözden geçirmek üzere gelir. Karşılaşma formları, faydaların açıklamaları (EOB) ve istemle ilgili her detay bu materyalde bulunmalıdır. Denetimciler her yıl en az 10 kayıt incelemelidirler. Denetim sonuçları gizli uyum dolabında kilit altında saklanmalıdır.

## Özet

Bu bölümde, İdare Standartlarına dahil edilen konuların genel değerlendirilmesi yapılmaktadır, seçilen kodları destekleyen dokümantasyon araçlarını inceleyerek, bu araçlara eklenebilecek araçları önermek ve denetim prosesini gözden geçirmektedir. Bu

bilgileri kullanarak, eczane uygulamaları hasta bakımı dokümantasyonu ve başvuru istemleri için istikrarlı ve etkili prosedürler geliştirilebilir.

Burada faturalama ve geri ödeme araçları olarak kullanılan bazı doküman ve formlara örnekler verilmiştir:

### Araç Olarak Kullanılan Örnek Dökümanlar

- Hasta yönlendirme talebi: Yönlendirme talepleri faturalama ve geri ödeme için gereken dokümanlardır. Bunlar hastalar için eczane hizmetleri istemine hastanın doktorunun da katıldığını dokümante ederler (Form 5'e bakınız).
- Tıbbi hikaye formu: Bu formda gerekli bir dokümandır. Hasta tarafından eczane personeli ile birlikte doldurulabilir ve her yıl güncellenmelidir (Form 6'ya bakınız).
- Sistemlerin gözden geçirilmesi: Bazen Tıbbi Hikaye formunun arkasında yer alan bu değerlendirme 3 yıllık bir inceleme formatının bir parçasıdır, ancak gerektiğinde güncellenmelidir (Form 6'nin ikinci sayfasına bakınız).
- Reçete listesi: Bu form her ziyarette ortaya çıkan farmakolojik değişiklikleri tespit eder ve reçetelerdeki eğilimleri veya patternini belirlemek için kolay bir format oluşturur (Form 6'nin üçüncü sayfasına bakınız).
- İlaç Tedavisi: Bu formun şablonu hastanın hastalığının hikayesini, muayene bilgilerini ve bakım planını dokümante eder (Form 7'ye bakınız).
- Ara tarama: Bu tarama yönteminde hastanın tedaviye uyum açısından kendini değerlendirmesi istenir. Hastanın doktoru bu formu bakım planındaki değişiklikleri belirlemek için kullanacaktır. 'Diğer problemleri' belirlemek eczacıya hastayı ne zaman doktoruna veya bir uzmana yönlendireceği konusunda karar vermesine yardımcı olur (Form 7'e bakınız).

## Form 5

## Antikoagulasyon ve Klinik Eczacılık Hizmetleri

Hasta Yönlendirme Talebi: \_\_\_\_\_

Hasta adı: \_\_\_\_\_

Doğum tarihi: \_\_\_\_\_

Refere eden doktor/PA/PN: \_\_\_\_\_

Refere eden doktor/PA/PN tarafından doldurulacaktır:

Yönlendirmenin nedeni (uygun olanları işaretleyiniz):

- Antkoagulasyon tedavisi (lütfen aşağıdaki soruları tamamlayınız)

Antikoagulasyon endikasyonu: \_\_\_\_\_

Kullanılmakta olan varfarin dozu (uygunsa):

Hastanın INR/PT kontrolü yaptırması gereken tarih:

Tahmin edilen tedavi süresi:

İstenen terapötik aralık (lütfen birini seçiniz):

- A. INR 2. 0-3. 0: düşük yoğunluk (AF, CVA, TIA, DVT profilaksisi, akut DVT)  
 B. INR 2. 3-3. 5: Standart yoğunluk (mekanik kalp kapakları, tekrarlayan DVT, PTCA stendi)  
 C. Diğer (lütfen tanıyı ve istenen INR'yi belirtiniz):

- Diyabet

- Yalnızca eğitim  
 Eğitim / ilaç yönetimi

- Hiperlipidemi

- Yalnızca eğitim  
 Eğitim / ilaç yönetimi

- Diğer: \_\_\_\_\_

Lütfen ekleyin:

- 1) Son ziyaretin ilerleme kaydı
- 2) İlaç listesi
- 3) Coumodin izlem çizelgesi (eğer mevcutsa)

İlk ziyaretini takvimlemek için hastayı arayacağız. Lütfen yönlendirmeyi 444-555-6666 numaralı faksla ya da ofis-içi posta ile gönderin.

**Form 6**  
**Antikoagülan Yönetimi Hizmeti Tıbbi Hikaye Formu**

Hasta Bilgileri:

Adı: \_\_\_\_\_

Adresi: \_\_\_\_\_

Doğum tarihi: \_\_\_\_\_ Eğitimi tamamladığı son yılın tarihi: \_\_\_\_\_

Ev telefonu: \_\_\_\_\_ Ofis telefonu: \_\_\_\_\_

Hastanın birlikte yaşadığı kişiler: \_\_\_\_\_

Bakıcı/Acil durumlarda aranacak kontakt kişi: \_\_\_\_\_

Bakıcı/Acil durumlarda aranacak kontakt numarası: \_\_\_\_\_

Çalışan: \_\_\_\_\_ Ünvanı: \_\_\_\_\_

Refere eden doktor: \_\_\_\_\_

Primer bakım doktoru (eğer yukarıdakinden farklı ise): \_\_\_\_\_

Tıbbi Hikaye

Reçeteli ya da reçetesiz her hangi bir ilaca alerjiniz var mı?

Evet  Hayır Evetse, ilaçları ve ortaya çıkan reaksiyonları listeleyiniz:

Alerjik olmadığınız ama tolere edemediğini bir ilaç var mı?

Evet  Hayır Evetse, ilaçları ve ortaya çıkan reaksiyonları listeleyiniz:

Tütün kullanıyor musunuz?

Evet  Hayır Evetse ne tür? Ne sıklıkla?

Alkol alıyor musunuz?

Evet  Hayır Evetse ne tür? Ne sıklıkla?

**Form 6 [Devamı]**  
**Antikoagulan Yönetimi Hizmeti Tıbbi Hikaye Formu**

İsim:

Lütfen size uygun olan seçeneğin yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

Kalp problemleri	İdrar yolları / Ürme
Göğüs ağrısı (anjina)	İdrar yolları veya idrar kesesi enfeksiyonları
Geçirilmiş kalp krizi	Prostat problemleri
Kalp yetmezliği	Histerektomi
Düzensiz kalp atışı	Kronik mantar enfeksiyonu
Bypass kalp cerrahisi	Böbrek hastalığı
Romatizmal ateş	Diyaliz
Diğer	Diğer
Göz, kulak, burun, boğaz	Kas ve kemikler
Görme zayıflığı	Artrit
Duyuma zayıflığı	Gut
Glokom	Sırt problemleri
Sinüs problemleri	Amputasyon
Denge ozuklukları	Eklem replasmanı
Diğer	Diğer
<b>Gastrointestinal</b>	<b>Nörolojik</b>
Mide yanması	Baş ağrıları
Ülser	Nöbetler veya epilepsi
Konstipasyon	Parkinson hastalığı
Divertikülit	Baş dönmesi
Karaciğer hastalığı	Geçirilmiş felç
İdrar kesesi problemleri	Bayılma
Pankreatit	Depresyon
Diğer	Anksiyete
	Diğer
<b>Aşağıdakilerden hangisine sahipsiniz</b>	<b>Akciğer Problemleri</b>
Yüksek kan basıncı	Astım
Yüksek kolesterol	Amfizem
Diyabet	Bronşit
Kanser	Diğer
<b>Anemi</b>	<b>Kullanıyor musunuz?</b>
Kanama bozuklukları	Gözlük
Saman nezlesi	İşitme cihazı
Uyku problemleri	Diğer
Diğer	
<b>Allerjinizde aşağıdakilerden biri var mı?</b>	
Yüksek kan basıncı	Astım
Kalp hastalığı	Diğer
Diyabet	



**Form 7**  
**Antikoagülasyon İlaç Tedavisi Ara Görüntülemesi**

Lütfen eczacıyla görüşmeden önce doldurunuz

Hasta adı \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

1. Hiçbir coumadin dozunu kaçırdınız mı? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_
2. Yeşillik veya brüksel lahanası yediniz mi? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_
3. İlaç tedavilerinizden herhangi biri değişti mi? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_
4. Hiçbir çürüğünüz veya kanamanız oldu mu? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_
5. En son ziyaretinizden bu yana bir doktora görüldünüz mü? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_
6. En son ziyaretinizden bu yana hiç hasta oldunuz mu? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_
7. Bugün sahip olduğunuz herhangi başka bir probleminizi listeler misiniz? \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---