Fallbearbeitung /Rechnungsprüfung

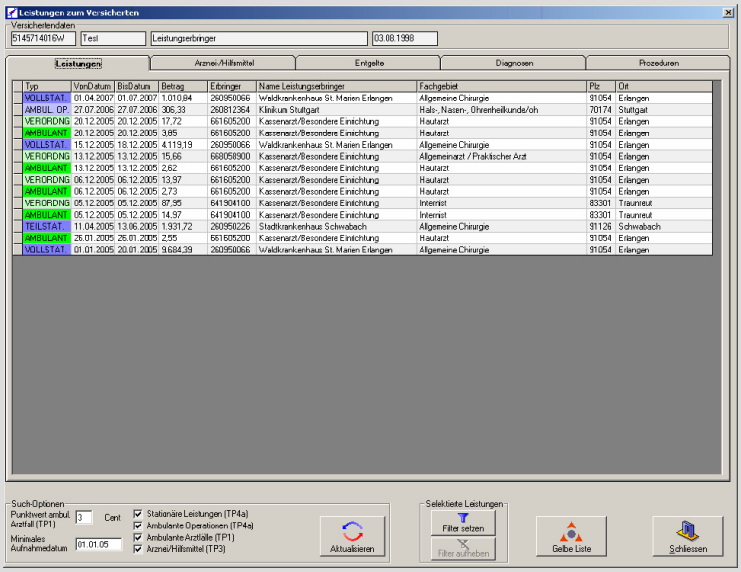
3M™ KAPS® DocData

Die Programmfunktionen auf einen Blick.

- Zusätzliche Anzeige von Behandlungs- und Abrechnungsinformationen aus der vertragsärztlichen Versorgung (TP1) zum jeweiligen Patienten, wie z. B.:
  - **Informationen zum Fall:** Arztnummer, Unfallkennzeichen, Behandlungsart uvm.
  - **Informationen zum Versicherten:** Versichertennummer und -status, Name, Geburtsdatum etc.
  - **Informationen zur Rechnung:** Punktzahl, Kosten, Abrechnungspositionen im Detail
- Basis bilden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 106 SGB V
- Integriertes Modul der Leistungsanzeige gibt einen chronologischen Gesamtüberblick über den Krankheitsverlauf eines Patienten - auch außerhalb des Krankenhausbereiches
- Zur besseren Übersicht werden die unterschiedlichen Leistungstypen farblich gekennzeichnet
- Anzeige der angefallenen Kosten
- Das Einlesen erfolgt komfortabel über eine eigene Importschnittstelle in der 3M™ KAPS® Verwaltung

Ihr Nutzen.

- **Gesamtüberblick:**
  Der geamte Krankheitsverlauf des Patienten wird in einer Maske übersichtlich dargestellt
- **Zeitersparnis:**
  Kein zeitintensives Zusammensuchen der Informationen aus verschiedenen Quellen
- **Argumentationshilfe und bessere Beurteilung der Durchsetzungsfähigkeit einer Beanstandung:**
  Durch Gesamtüberblick über den gesamten Krankheitsverlauf
- **Budgetoptimierung:**
  Durch bessere Beurteilung von abgerechneten Leistungen



Anzeige aller durchgeführten Leistungen zu einem Patienten in chronologischer Reihenfolge.

Systemvoraussetzungen.

- Microsoft SQL-Server ab der Version 2000
- 3M™ KAPS®
- Je nach Größe der Kasse ist ein entsprechend großer Festplattenplatz notwendig (im Gigabyte-Bereich)

Faxantwort an:
0 30 / 32 67 76-54

☐ **Ich habe noch Fragen zum neuen Modul 3M™ KAPS® DocData Bitte rufen Sie mich zurück!**

☐ **Mich hat das neue Modul 3M™ KAPS® DocData überzeugt. Bitte unterbreiten Sie mir ein unverbindliches Angebot!**

Name: _____

Einrichtung: _____

Position/Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____ E-mail: _____

_____

Datum/Unterschrift