

DOT registreren en declareren in DiSy

VERSIE augustus 2012

inhoudsopgave:

vullen van tarieven DOT
registreren
machtigingen
grouper
preselectie
grouperen in batch
te factureren bedragen
factureren
nog enkele tips

vullen van tarieven DOT

Voordat er gedeclareerd kan worden moeten eerst de tarieven goed zijn vastgelegd. Dit gaat via basisgegevens->zorgproducten. Voor de rest werkt het hetzelfde als bij B segment DBC's (Zie ook de instructie vullen van tarieven in DiSy)

- Selecteer de betreffende zorgproductcode. Dit kan bovenin het scherm op 2 manieren, via de zorgproductcode of via de declaratiecode. Door een vinkje bij **alleen van toepassing** te zetten wordt de lijst om uit te kiezen kleiner, dan worden alleen diegenen getoond die u zelf op "van toepassing" hebt staan.
- Als u nog een passantentarium moet invullen dan ziet u alleen een honorarium regel staan. U kan dan daaronder een kostenregel toevoegen zoals in onderstaande afbeelding.
- Voor het vullen van prijsafspraken selecteert u de kostencomponent, er staat dan een zwart driehoekje links voor de regel **▶ kosten**.
Vervolgens kan u deze component overrulen door onderin het scherm de prijs *per contractant* te vullen zoals onderstaand.

tarieven invoer scherm:

datum | 24-08-2012 | alleen van toepassing | selecteer (zorgprod.code) | | selecteer (decl.code) | | Nieuw zorgprod.

zorgproductcode	029499022	zorgproductgroepcode	029499
omschrijving	GEEN Uitval standaard, GEEN Intensieve/ invasieve therapie, GEEN Medicinale oncologische behandeling , G	declaratiecode	15A265
Latijnse omschrijving	Oper huid/ weke delen licht >2 Nieuwv maligne huid/premaligne dermatose	ingangsdatum	01-01-2012
consumentenomschrijving	Meer dan twee operaties bij Huidkanker of voortekenen hiervan	einddatum	
WBMV code		soort	DOT zorgproduct
		van toepassing	<input checked="" type="checkbox"/>

Zorgproduct component | Zorgprofiel

	type	bedrag	ingangsdatum	einddatum
	honorarium	€ 130,46	01-01-2012	
▶	kosten	€ 913,00	01-01-2012	
*				

Record: 1 | 2 | van 2

tariefafpraak							
	verzekeringmaatschappij	contractant	bedrag	percentage	ingangsdatum	einddatum	% fin.vergoeding
		Agis/Achmea	€ 800,00	0,00	01-01-2012		0,00
ⓘ		CZ/OZ/DL	€ 750,00	0,00	01-01-2012		
*							

Terug naar
patientgegevens

registreren

Een DBC is een Diagnose Behandel Combinatie. Er wordt dus een diagnose vastgelegd, en aan de hand van wat er verder in de behandeling gebeurt wordt bepaald of er bijvoorbeeld een eenmalig consult DBC (meestal eindigend op 14) of een poliklinische DBC of een DBC in dagbehandeling wordt gedeclareerd.

In de DOT (DBC Overgang naar Transparantie) registreert u alleen nog het zorgtype, de diagnose en uw zorgactiviteiten (CTG verrichtingen). Vervolgens bepaalt de grouper (grote landelijke computer) de waarde van uw combinatie diagnose-verrichtingen. U krijgt een zorgproductcode terug van de grouper, waarna in DiSy de tarieven erbij worden gezocht.

U vult dus de opendatum en kiest een diagnose. Daarna vult u onderin uw zorgactiviteiten. In tegenstelling tot DBC's hoeft u niet zelf de sluitdatum in te vullen, deze berekent DiSy. Ook de sluitreden wordt automatisch ingevuld. U mag deze sluitreden alleen zelf aanpassen als er een uitzondering geldt.

Algemene afsluitregels
1. Bij een klinisch subtraject met ZT11 en 21: <ul style="list-style-type: none">• Op de 42^e dag na ontslagdatum.• Wanneer binnen deze 42-dagen periode na (de laatste) ontslagdatum nog een dagopname (1 of meer) plaatsvindt, dan wordt toch afgesloten op de 42^e dag na ontslag uit de kliniek.• Wanneer binnen deze 42-dagen periode een klinische (her) opname plaatsvindt dan wordt afgesloten op de 42^e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.
2. Bij een niet-klinisch subtraject (dagopname of polikliniek) met operatieve ingrepen ⁽¹⁾ , met ZT11 en 21: <ul style="list-style-type: none">• Op de 42^e dag na de datum dat de operatieve ingreep heeft plaatsgevonden.• Wanneer binnen deze 42 dagen de patiënt opnieuw een operatieve ingreep ondergaat, is het afsluitmoment op de 42^e dag na de datum van de laatste ingreep.
3. Bij een niet-klinisch subtraject (= dagopname of polikliniek) met een conservatieve (= niet-operatieve) behandeling: <ul style="list-style-type: none">a. met ZT11: op de 90^e dag na de opening van het subtrajectb. met ZT21: op de 365^e dag na de opening van het subtraject
4. Een subtraject mag maximaal 365 dagen openstaan. Indien het subtraject na 365 dagen nog steeds open staat, dient deze op de 365 ^e dag te worden afgesloten. Eventueel kan de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.

Een uitzondering is bijvoorbeeld dat de patiënt is overleden, in dat geval mag u, zodra u al uw zorgactiviteiten hebt ingevoerd en u de behandeling wilt sluiten, de sluitreden aanpassen door op het pijltje naast de **sluitr.** te klikken. Hier worden alleen de mogelijke uitzonderingen getoond. (voor meer info over de uitzonderingen kan u op www.dbconderhoud.nl het document "registratieregels" downloaden.

Een andere uitzondering is bijvoorbeeld: afsluiten ivm ontbreken financieringsovereenkomst. Deze kan u gebruiken als de patiënt uitbehandeld is, en u geen contract met zijn of haar verzekeringsmaatschappij heeft en meteen wilt factureren. Na het kiezen van de uitzondering sluitreden wordt de sluitdatum aangepast (meestal naar vandaag), maar is dan ook te muteren.

Voor de meeste gevallen geldt dat een regulier traject 90 dagen openstaat, een vervolgetraject 365 dagen, en als er een operatie of opname plaatsvindt dan wordt de behandeling 42 dagen na de laatste operatie of verpleegdag gesloten. DiSy doet dat ook automatisch, en toont dan ook de bijbehorende uitzondering sluitreden. Als u een operatieve verrichting toevoegt dan wordt ook automatisch de sluitdatum verlegd. Het is niet handig om op de 40e dag te gaan opereren, want daarmee duurt het traject weer 42 dagen extra voordat u kan declareren.

Een DOT (dbc/behandel traject) verlengen MOET via de knop: [Vlg. subtraject](#) . U selecteert de DOT die verlengd moet worden en drukt dan op deze knop. Er komt automatisch een nieuwe DOT op de regel eronder te staan.

registratiescherm:

DOT	DBC	Patiëntgegevens	status	administratie	Documentatie	Afspraken									
alles		openstaand + 1 jaar historie		openstaand		correctie		credit		add-on		Omzet		Vlg. subtraject	
open.dat.	diag.code	diagnose	zt.	sluitr.	sluit.dat.	presel. z.p.	m.i.	corr.	cr.	zorgprod.	behandelaar	locatie	fa		
▶ 02-03-2012	01	Acneiforme dermatosen	11	08	30-05-2012	120701018	✓			120701018	Arts	standaardlocatie	0		
* 24-08-2012					22-11-2012		✓				Arts	standaardlocatie			

Record: 1 van 1

datum	CTGcode	aantal	omschrijving	add-on	machtiging	ui	zorgprofiel	afspraken	zpp land.	zpp eigen
02-03-2012	190011	1	Eerste polikliniekbezoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		24-08-2012 190013	Herhaal-polikliniekbezoek(en) bij	0,6	
▶ 04-03-2012	190013	1	Herhaal-polikliniekbezoek(en) bij een lopende D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		24-08-2012 190011	Eerste polikliniekbezoek	0,4	
* 24-08-2012		1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		24-08-2012 190012	Polikliniekbezoek, niet zijnde een	0,1	
							24-08-2012 079991	Ordertarief klinisch-chemische er	0,1	
							24-08-2012 074891	ALAT, SGPT, Transaminase	0,1	
							24-08-2012 070425	Cholesterol, totaal	0,1	
							24-08-2012 072417	Gamma-glutamyl-transpeptidase	0,1	

Rechts onderin beeld ziet u eventueel uw voor gedefinieerde profielen, of de consulten uit de agenda (als u die heeft voor gedefinieerd via basisgegevens->afspraketypes en/of basisgegevens->DBC). Door te dubbelklikken op een verrichting kan u deze ook registreren. De zpp.land (zorgproductprofielen landelijk) en de zpp eigen zijn gekoppeld aan de preselectie, zie verderop deze instructie.

optioneel:

Het is mogelijk in DiSy om uw DOTS nog te blijven registreren op dezelfde manier als voorheen de DBC code. Deze begint dan altijd met uw specialisme (bijv 10 = dermatologie, 01 oogheelkunde, 02 KNO etc. Daarna volgen het zorgtype, zorgvraag, en diagnose. Als u zo wilt registreren (en dus niet allen op basis van de diagnosecode) dan kan u dat per medewerker instellen via basisgegevens->medewerkers. U kan dan een vinkje zetten bij invoer DOT met dbccode . Na eenmalig opnieuw opstarten van DiSy kan u dan op de DBC registreren ipv diagnose.

Bij de meeste klinieken is 1 specialisme in huis. Als er echter mee specialismen in huis zijn dan kan aan de medewerker die inlogt gekoppeld worden welke diagnoses hij kan kiezen: alleen die van hem zelf of allen. Bij basisgegevens->medewerkers is dat in te stellen door het vinkje bij default specialisme aan te vinken en aan te geven welke AGB code en welk specialisme de arts heeft.

code zorgverlener	101234
specialisme	dermatologie
default specialisme	<input checked="" type="checkbox"/>

Bij het registreren van de DOT wordt default alleen het eigen specialisme getoond, maar kunnen eventueel alle diagnoses in beeld komen door een vinkje weg te halen naast de diagnosecode in het registratiescherm. **diagnose**

add-ons:

sommige CTG codes zijn apart declarabel bij enkele specialismen, zoals dure medicijnen zoals "Ranibizumab". Wanneer u een betreffende CTG registreert dan ziet u een vinkje staan bij addon

add-on	<input checked="" type="checkbox"/>
--------	-------------------------------------

Let op dat u het AANTAL goed invult. Zodra u groupert wordt in DiSy een declaratiereguleer aangemaakt, die apart van de DOT gedeclareerd wordt. Op het overzicht "te factureren bedragen" komen deze ook terug. Als u op papier factureert dan worden er automatisch 2 of meer facturen geprint, 1 voor de DOT en de addons apart.

LET OP dat niet altijd een addon gedeclareerd mag worden (bijv. botox bij dermatologie mag niet), en dat u de addons opneemt in uw prijsafspraken met verzekeraars.

machtigingen

Bij het registreren van verrichtingen ziet u of de verrichting er 1 is waarvoor wellicht een machtiging vereist is. Er zijn rode verrichtingen en oranje verrichtingen, en oranje verrichtingen waarvoor een machtiging is vereist. U ziet het vinkje staan bij "machtiging". Dit houdt niet meteen in dat u altijd voor de

betreffende verrichting een machtiging nodig heeft, dat hoeft alleen in een aantal diagnoses. U ziet ook of de betreffende CTG op de rode of oranje lijst staat. (aanspraak beperkingen)

Wanneer u een rode zorgactiviteit registreert dan leidt dit tot een zorgproduct die niet binnen de verzekerde zorg valt, en waarbij de bijbehorende declaratiecode met 16 of 17 zal starten. Over het algemeen is dit niet declarabel.

Wanneer u een (oranje) zorgactiviteit registreert waarbij het vinkje machtiging in DiSy aangevinkt is dan kan het zijn dat, afhankelijk van de diagnose, voor de DOT een machtiging vereist is. (zie de lijst limitatieve lijst machtigingen op www.dbconderhoud.nl)

	datum	CTGcode	aantal	omschrijving	add-on	machtiging
	02-03-2012	190011	1	Eerste polikliniekbezoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶	04-03-2012	190013	1	Herhaal-polikliniekbezoek(en) bij een lopende D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	02-05-2012	039063	1	Coagulatie van eenvoudige benigne aandoening	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wanneer u een oranje zorgactiviteit registreert (waar al dan niet een machtiging voor vereist is) dan kan de arts aangeven of er een medische indicatie voor de ingreep is, of niet. Dit is aan te geven via het vinkje **m.i.**

in DiSy. Standaard staat deze aangevinkt. Als er geen medische indicatie is, en er is een oranje zorgactiviteit, dan kan het vinkje weggehaald worden. De grouper genereert dan (wanneer beschikbaar) een zorgproduct met daarbij een declaratiecode niet-verzekerde zorg, beginnend met 16 of 17)

Voor de combinatie diagnose-zorgactiviteit die op de lijst met limitatieve machtigingen staat, en waarvoor de grouper aangeeft dat de **oranje** zorgactiviteit essentieel is geweest in de afleiding, moet u een goedkeuring hebben van de zorgverzekeraar. (als het essentieel is geweest dan wordt ook de diagnosecode **oranje**). Deze machtiging is aan te vragen via het machtigingenportaal op www.vecozo.nl. U krijgt van de verzekeraar een machtigingsnummer die u kan invullen in DiSy op de regel van de DOT (iets naar rechts scrollen):

lat. DISsetnr. macht.nr. verzek

LET OP: sommige verzekeraars geven een machtiging voor de code niet verzekerde zorg, beginnend met 17. Deze wordt dan uit de aanvullende verzekering vergoed. Om deze 17-code van de grouper te krijgen moet u het vinkje bij m.i. weghalen. Zorg er altijd voor dat wat u declareert ook op de machtiging staat.

grouper

Een DOT behandeling wordt automatisch gesloten en is daarna declarabel. U kan echter al voor die tijd zien wat de grouper voor een resultaat geeft.

Als u op de knop drukt dan wordt verbinding gemaakt met deze grouper. Dit duurt 1 a 2 seconden, en dan verschijnt een popup met het resultaat.

Net zoals bij de DBC kan het zijn dat er validatiefouten zijn, dan worden deze gemeld (bijv. foute postcode oid). Als er geen validatiefouten zijn dan komt het resultaat van de grouper in beeld:

DiSy

zorgproductcode 120701018
declaratiecode 15C626
Consult op de polikliniek bij Een aandoening van talgklieren / zweetklieren
kosten 109,25
honorarium 48,51
totaal 157,76

Indien het berekende bedrag afwijkt van uw passantenarieven of prijsafspraken, dan svp eerst de tarieven juist in DiSy zetten voordat u factureert.

Grouperresultaat opslaan?

Controleer of u het eens bent met de code en tarieven, en sla vervolgens het resultaat op. Mocht het tarief niet kloppen (bijv. kosten 0,00) dan betekent dit dat uw passantentarieef voor de betreffende zorgproductcode nog niet is gevuld in DiSy. U kan dan alsnog dit resultaat opslaan, maar voor u gaat declareren dient u wel te zorgen dat het tarief in DiSy staat.

Als uw contractprijzen nog niet in DiSy staan, maar wel het passantentarieef dan wordt het passantentarieef getoond. Zorg dan voor het declareren dat wel uw prijsafspraken in DiSy staan.

Het kan zijn dat in de popup een melding komt dat het resultaat afwijkt van de preselectie. Als u deze functie niet gebruikt dan kan u dat verder negeren.

Als u een DOT groupert met een sluitdatum in de toekomst, dan wordt de zorgproductcode **oranje** getoond op de DOT regel. Als de zorgproductcode **groen** is na het grouperen dan is de regel declarabel.

U mag de behandeling wijzigen zolang deze niet gefactureerd is. Als u iets wijzigt dan wordt automatisch de zorgproductcode verwijderd en moet u opnieuw grouperen.

preselectie

Op verzoek van een aantal klanten hebben we het mogelijk gemaakt om te controleren of de zorgproductcode die de grouper genereert wel overeenkomst met wat u had verwacht. Dit om bijv. het "vergeten" van een zorgactiviteit (CTG) op te kunnen vangen.

Als u elke behandeling met de hand naar de grouper stuurt via de grouper knop, dan ziet u meteen wat het oplevert, en is de preselectie niet nodig. Maar als u niet (na de 90 of 42 dagen) de dossiers zelf sluit maar dit bijv. 1x per maand in batch doet, dan heeft u minder goed in beeld of u verrichtingen niet hebt geregistreerd die wel van belang waren. U kan dan per DOT aangeven wat u terugverwacht door een zorgproduct uit het lijstje bij de preselectie knop te selecteren (er worden alleen essentiële zorgproducten die bij u op "van toepassing" staan getoond)

Het is mogelijk om op het overzicht "te factureren bedragen" alleen behandelingen met een afwijkende preselectie uit te lijsten nadat de batch voor de grouper gedraaid is.

Als u een preselectie heeft gemaakt dan kan u de gekozen zorgproduct ook gebruiken om rechts onderin beeld de landelijke profielen te tonen, of uw eigen voor gedefinieerde profielen (in te voeren via basisgegevens->zorgproducten). Door op een verrichting te dubbelklikken kan u ook deze verrichting registreren. Bij de landelijke profielen wordt ook het percentage getoond dat de verrichting voorkomt bij dit zorgproduct, en als het voorkomt ook het gemiddelde aantal.

preselectie op de regel van de DOT:

presel. z.p.
120701018 ▾

na preselectie mogelijk de bijbehorende eigen of landelijke profielen te zien:

<input type="radio"/> zorgprofiel <input type="radio"/> afspraken <input checked="" type="radio"/> zpp land. <input type="radio"/> zpp eigen			
24-08-2012	190013	Herhaal-polikliniekbezoek(en) bij	0,62
24-08-2012	190011	Eerste polikliniekbezoek	0,49
24-08-2012	190012	Polikliniekbezoek, niet zijnde een	0,19
24-08-2012	079991	Ordertarief klinisch-chemische er	0,16
24-08-2012	074891	ALAT, SGPT, Transaminase	0,14
24-08-2012	070425	Cholesterol, totaal	0,13
24-08-2012	072417	Gamma-glutamyl-transpeptidase	0,13
24-08-2012	070460	Triglyceriden	0,12

grouperen in batch

U kan alle behandelingen in batch langs de grouper halen, en/of de oude DBC behandelingen valideren. dit gaat via verwerking->validatie en grouper batch

LET OP, de validatie en aan grouper aanbieden van behandelingen gebeurt in batch en kan lang (bij DOT uren) duren. Onderbreek de validatie niet als deze eenmaal gestart is.

Type behandeling:

DBC/OVP

DOT/add-on

van openingsdatum t/m openingsdatum

t/m sluitingsdatum

inclusief behandelingen met toekomstige sluitingsdatum (onderhanden werk)

afdruk

Als u DBC/OVP aanklikt dan kan u de DBC's valideren zoals voorheen.

De DOT kan u valideren door het vinkje DOT/addon aan te vinken. Alle gesloten behandelingen in de getoonde periode worden dan gevalideerd en langs de grouper gehaald. U ziet een balkje in beeld verschijnen met hoeveel er nog te gaan zijn.

Als alles in orde is dan krijgt u een melding dat de validatie gelukt is. Hierna kan u deze factureren. Als er iets mis is dan krijgt een overzicht met de fouten op uw scherm. Deze kan u printen en daarna verbeteren. U kan de fouten oplossen en vervolgens weer op drukken of de batch opnieuw draaien.

DiSy controleert de volgende zaken via de controle of grouper knop, of de validatie batch:

- is de DBC/DOT periode niet te lang (365 dagen)
- vallen de CTG's binnen de periode van de DBC/DOT
- zijn er geen diagnose combinaties tegelijk aanwezig die niet zijn toegestaan
- zijn de juiste CTG's aanwezig (essentiële verrichtingen, alleen bij DBC, niet bij DOT)
- klopt het BSN nummer, postcode en zijn er initialen aanwezig
- is er een polisnummer gevuld (niet nodig bij verzekeraar onbekend)
- de DOTS gaan vervolgens naar de grouper die ook nog fouten (uitval) kan constateren, of een zorgproductcode retourneert.

Als u de validatie voltooid heeft kan u gaan controleren of de bedragen kloppen, en daarna gaan factureren.

Als u uw onderhanden werk ook langs de grouper wilt halen (dus DOTS met een sluitdatum in de toekomst) dan zet u het vinkje bij:

inclusief behandelingen met toekomstige sluitingsdatum (onderhanden werk)

te factureren bedragen

Voordat u gaat factureren kan u uitlijsten wat er nu klaar staat om te factureren. Dit kan op het scherm op een overzicht, maar ook als CSV bestand. Deze is in Excel open te maken.

opvragen gaat via [overzichten->te factureren bedragen](#)

Het is mogelijk om alleen een overzicht te maken van de behandelingen die afwijken van de preselectie, als u deze gebruikt heeft.

Let voor u gaat factureren er op dat de bedragen kloppen. Als er helemaal geen bedragen staan dan is er uitval (die regels staan dan bij de validatiefouten)

Als alleen een honorariumbedrag is gevuld en geen kosten bedrag, dan is het passantentarieef niet ingevoerd. Let ook op de tarieven per verzekeraar, wellicht worden passantentarieven getoond omdat de betreffende zorgproductcode niet gecontracteerd is, of ingevoerd in DiSy.

Als u de optie "bestand" aanvinkt dan worden de gegevens weggeschreven in een CSV bestand welke in de directory wordt weggeschreven waar ook de DiSydata.mdb staat.

U kan dit bestand rechtstreeks openen met Excel 2010. Als u een oudere excel gebruikt moet u kolom A selecteren, en dan in de werkbalk kiezen "Data" en vervolgens "tekst naar kolommen". Vervolgens de optie "gescheiden" , dan "volgende" en daar aanklikken "puntkomma" en dan "voltooien".

De bedragen worden met een punt getoond ipv komma. U kan de betreffende kolommen selecteren, en dan zoeken/vervangen kiezen (Ctrl. H) en de . vervangen door een ,

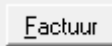
In Excel kan u op alle kolommen sorteren, om bijv per verzekeraar in beeld te krijgen wat er aan Onderhanden Werk is.

factureren

Declareren op papier aan de patiënt

Indien u geen overeenkomst heeft met een verzekeraar dan moet u voor deze verzekeraar de nota op papier sturen aan de patiënt. Ook als de patiënt niet verzekerd is (onbekend) of in het buitenland woonachtig of verzekerd, dan kan u de nota op papier aan de patiënt sturen.

In DiSy werkt dit als volgt: als u de DBC of DOT heeft afgesloten en gevalideerd/gegrouperd, dan

selecteert u de behandeling die u wilt factureren, en dan kan u op de knop :  drukken op uw hoofdscherm. De factuur wordt dan naar uw standaard printer gestuurd.

Het is mogelijk om logopapier in uw printer te leggen. Verstandig is dat u ook uw betalingsvoorwaarden bij de factuur voegt voor u deze aan de patiënt stuurt.

De factuur is geschikt om in een envelop te versturen met een venster aan de rechterkant, en voldoet aan de beleidsregels. Ook de hashcode die op de factuur komt is verplicht.

Eventueel is het mogelijk om papieren facturen in batch aan te maken, op dezelfde manier als dat ze aan verzekeraars gemaakt worden (zie volgende punt). Alle gereedstaande nota's van afgesloten en gevalideerde behandelingen worden dan in 1x naar uw printer gestuurd, indien via basisgegevens->verzekeraars de "soort aanlevering" op papier staat ingesteld. Indien u deze functie wenst te gebruiken neem dan contact op met Dixis voor een kleine aanpassing.

Declareren van Vektis bestanden via vecozo

Als u een contract heeft met verzekeraars, en de tarieven juist in DiSy hebt gezet dan kan u factuurbestanden aanmaken, om deze in te dienen via www.vecozo.nl

Wanneer u de validatie voltooid heeft kan u via de knop "verwerking -> factuur verzekeraar maken" volgend scherm openen:

Type behandeling:

DBC/OVP
 DOT/add-on

Factuur voor:

Één verzekeringsmaatschappij
 Alle verzekeringsmaatschappijen

van openingsdatum: 01-01-2006 t/m openingsdatum: 31-12-2011
t/m sluitingsdatum: 24-08-2012

actuurdatum: 24-08-2012

actuur opslaan in: U:\DiSy\documentatie Selecteer directory

U kan bestanden maken voor DBC/OVP, of bestanden voor DOT/addon door het vinkje juist te zetten.

U kan per verzekeraar een bestand maken door deze per stuk te selecteren. Ook kan u ze allen tegelijk aanmaken door "alle verzekeringsmaatschappijen" aan te vinken

Onderaan staat waar de bestanden worden opgeslagen achter: "factuur opslaan in". Meestal zal hier al een directory zijn vastgesteld bij de installatie van DiSy. *Eventueel kan u via basisgegevens->instellingen de vastgestelde bestandslocatie facturen aanpassen.*

De instellingen "van t/m openingsdatum" kan u normaal gesproken ongewijzigd laten, die staan automatisch goed. In uitzondering gevallen kan u bijv. t/m een bepaalde openingsdatum factureren als er bijv. een contract nog niet rond is.

Als u op "OK" drukt dan wordt het eerste bestand aangemaakt. Als u alle verzekeringsmaatschappijen tegelijk wilt aanmaken dan moet u net zo lang op OK blijven drukken totdat alle bestanden gemaakt zijn. De bestanden worden stuk voor stuk aangemaakt. Dit zijn verzamelfacturen..

Let even op dat u geen CSV bestanden aanmaakt, deze optie is namelijk voor als u papieren nota's in een Excel (csv) bestand aan een derde partij stuurt om te factureren. Vanaf 2012 is er een optie om Vektisbestanden voor service buro's aan te maken. Informeer hiernaar bij Dixis.

Als het laatste bestand gemaakt is dan volgt de melding: "export voltooid" waarna u het scherm kan verlaten door op "annuleren" te drukken.

Via overzichten->facturen kan u even uitdraaien wat u aan facturen heeft aangemaakt.

Indienen via vecozo

De bestanden die op uw pc hebt opgeslagen in de "directory achter factuur opslaan in" kunnen via de website van vecozo worden ingediend. Het is handig deze bestanden eerst te zippen. Er kunnen maximaal 30 bestanden in 1x via vecozo worden geupload in 1 zip bestand.

(zippen: eerste bestand selecteren, dan shift knop indrukken en laatste bestand selecteren, dan rechtermuisknop indrukken en "kopiëren naar-> gecombineerde map" kiezen. Er wordt dan een nieuw bestand aangemaakt (type zip of gecombineerde map)

Het indienen gaat als volgt:

Nadat u bent ingelogd op vecozo gaat u via Diensten->Declareren->Indienen naar het scherm om de bestanden in te lezen:

U heeft 1 nieuwe berichten

HOME > DIENSTEN > DECLAREREN

Indienen declaratie

Velden gemarkeerd met een * zijn verplicht om in te vullen.

Declaratiebestand*

Bladeren...

E-mailadres indiener*

rob@dixis.nl

Notificaties

Bij resultaat van technische controle door VECOZO.

Bij afkeuring door VECOZO of beschikbaar komen van retourbestand.

Uw referentie

24-8 DOT

Dien in

Via de knop "bladeren" selecteert u het door u gemaakte ZIP bestand met de declaraties (of het .DBC bestand per stuk)

U kan een referentie invullen. Wij vullen meestal de naam van de indiener in of een datum.

Als u het vaktje achter "notificatie" aanklikt dan krijgt u een email van vecozo als de status van de declaratie wijzigt (bijv. "afgehandeld")

Druk vervolgens op "declaratie indienen".


Controleer vervolgens of het allemaal goed is gegaan via declareren->zoeken en daar:

Actuele declaraties

Hier kunt u de meest recente declaraties raadplegen tot 3 maanden terug

Zoek

U ziet vervolgens de status van de declaraties die zijn ingediend aan de hand van de kleur van het symbooltje, en eventueel een bedrag dat wordt uitbetaald. Als er een rood kruisje staat dan is er iets mis.

#	<input type="checkbox"/>	Status	Declaratie ▼	Periode	Ingediend bedrag €	Toegekend bedrag €	Fa
1	<input type="checkbox"/>		Declaratie 68094465 Ingediend op: 22 aug 2012 Naar: Achmea Zorg	21 mrt 2011 t/m 20 aug 2012	1.991,78	1.991,78	47
			Declaratie 68094464				

Als de declaratie afgehandeld is dan kan u door op het ID nummer van de declaratie te dubbelklikken in de details komen van de factuur.

Helemaal onderaan (tab retourinformatie) ziet u vervolgens een retourbestandje met daarin de afgewezen posten als die er zijn.

CZ, Menzis, DSW, Stad Holland en Uvit zetten PDF bestanden op Vecozo met daarin de retourinformatie.

Agis/Achmea en wat assuradeuren doen dit niet, die tonen een Vektis retourbestand. Indien u moeite heeft deze te lezen dan kan Dixis u hierbij behulpzaam zijn, er is een website ontwikkeld waar deze Vektis retourbestanden vertaald kunnen worden naar normale afrekeningen. (voor meer info vraag dixis)

Correcties invoeren in DiSy

De door de verzekeraar afgewezen regels kan u opnieuw in DiSy zetten. Corrigeer de fouten

(patiëntgegevens), selecteer de DOT die u wilt corrigeren en druk vervolgens op de knop. Er wordt dan een nieuwe regel aangemaakt waarbij ook de verrichtingen zijn meegekopieerd. Pas eventueel nog gegevens aan op de regel (bijvoorbeeld de verwijzer) en druk dan weer op de grouper knop. Deze regel gaat in de volgende factuur mee, en op het overzicht "facturen" komt het bedrag ervan te staan onder het kopje "correcties" zodat u weet welk deel van de factuur uit correcties bestaat.

Crediteren in DiSy

Dit werkt op dezelfde manier als correcties, selecteer de te crediteren regel en druk dan op de knop. U hoeft NIET meer op de grouper knop te drukken maar u kan meteen factureren.

Crediteer alleen als u ook daadwerkelijk een fout hebt gemaakt en de verzekeraar deze ook heeft uitbetaald. Als de verzekeraar afgewezen heeft hoeft u niet te crediteren, maar alleen het niet vergoede bedrag op af te boeken in uw administratie.

nog enkele tips

- vul bij elke patiënt de verwijzer goed in, en als u deze later muteert wijzig die dan ook op de regel van de behandeling (DOT). de verzekeraars wijzen vaak de DOTS af als er geen verwijzer is gevuld (patiënt = zelfverwijzer). U dient meestal een verwijzing van een huisarts (eerstelijns) te hebben.
- zorg dat u als u huisartsen invoert in DiSy overal ook de juiste AGB vult. foute(of geen) AGB leidt tot afwijzingen.
- als de patiënt uw eigen patiënt is (al jaren onder behandeling) dan kan u bij de tab "patiëntgegevens" de type verwijzer aanpassen naar "eigen patient"
- soms worden bestanden op vecozo afgewezen met de reden: hashcode berekend klopt niet. U mag in dat geval de declaratiebestanden naar Dixis sturen (via mail of vecozo mail)
- druk eens na het registreren van een CTG op de grouper knop, soms leidt een extra CTG tot lagere tarieven (en da's niet handig), of scheelt een extra consult behoorlijk

Mochten er vragen zijn neem dan gerust contact met ons op

Via mail: info@dixis.nl

Via Telefoon: 0571-261444