

Abrechnung nach § 302 SGB V

uAG Rechnungen im Korrekturverfahren

7. Ausfüllanleitung

„Erfolgloser Einzug der Zuzahlung gemäß § 43c Abs. 1 SGB V“

für den Leistungsbereich Heilmittel

AOK NordWest, Dortmund (André Grave)

KKH Kaufmännische Krankenkasse, Hannover (Marco Fuhrmann)

KNAPPSCHAFT, Bochum (Thomas Schneider)

Stand: 27.08.2017

Freigabe: 27.08.2017

Ausfüllanleitung
und
Vordruck

**Erfolgloser Einzug der Zuzahlung gemäß § 43c Abs. 1
SGB V**

in Verbindung mit der
Abrechnung nach § 302 SGB V
für den Leistungsbereich

Heilmittel

Einführung

Gem. § 43c Abs. 1 SGB V haben Leistungserbringer Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen. In solchen Fällen ist dieser Vordruck für den Leistungsbereich „Heilmittel“ zu nutzen.

Ausfüllhinweise

zu 1. Daten des Leistungserbringers

IK und der Name oder die Bezeichnung des Leistungserbringers, der die Behandlung durchgeführt hat, sind in jedem Fall anzugeben.

Die Angabe von Ansprechpartnern dient der Erleichterung bei Rückfragen und sollte immer gemacht werden. Es können auch mehrere Ansprechpartner aufgeführt werden.

Zur besseren Erreichbarkeit kann optional eine E-Mail-Adresse angegeben werden.

zu 2. Daten der/des Versicherten

Es sind **alle Daten** der/des Versicherten sind zwingend anzugeben, da sonst ein Einzug der ausstehenden Zuzahlung durch die zuständige Krankenkasse nicht durchgeführt werden kann.

zu 3. Ursprüngliche Rechnungsdaten zu erbrachter Leistung

Diese Angaben dienen der Ermittlung des entsprechenden Falls in den jeweiligen Systemen der Krankenkassen und sind ebenfalls immer anzugeben.

Geben Sie hier bitte die Rechnungsnummer und die Belegnummer so an, wie diese in der Abrechnung nach § 302 SGB V übermittelt wurde.

Die **Rechnungsnummer** besteht aus einer

Sammelrechnungsnummer (bis zu 14 Stellen) und einer

Einzelrechnungsnummer (bis zu 6 Stellen).

Die **Belegnummer** wird individuell vergeben und kann bis zu 10 Stellen lang sein.

Wichtiger Hinweis:

Sollten Sie einen Dienstleister (z. B. eine Abrechnungsfirma) ermächtigt haben, sämtliche Zahlungen und/oder Abrechnungsmodalitäten für Sie zu übernehmen, sind die hier die Angaben Ihrer Abrechnungsgesellschaft einzutragen.

zu 4. Bestätigung

Hier bestätigen Sie, unter Angabe des ausstehenden Zuzahlungsbetrages, den erfolglosen Versuch des Einzugs der Zuzahlung. Sofern mehrere Versuche zum Einzug der Zuzahlung vorgenommen wurden, können bis zu 3 Versuche eingetragen werden.

zu 5. Erfolgreicher Zuzahlungseinzug

Bitte geben Sie hier die Daten an, wann Sie erfolglos versucht, haben die Zuzahlung einzuziehen.

zu 6. Raum für Mitteilungen an den Kostenträger

Diesen Raum können Sie für evtl. Mitteilungen an den Kostenträger nutzen.

Bitte beachten:

Vergessen Sie nicht den Vordruck mit Datum und Unterschrift zu versehen.

1. Daten des Leistungserbringers

999999999 IK	Muster Leistungserbringer TopFit Name/Bezeichnung
Herr Glücklich/Frau Froh Ansprechpartner	
0000/12345-55/-56 Telefonnummer	kontakt@topfit.de E-Mail

2. Daten der/des Versicherten

A123456789 Versichertennummer	14.04.2014 Verordnungsdatum	
Sonnenstrahl Name	Simone Vorname	11.11.1990 Geburtsdatum

3. Ursprüngliche Rechnungsdaten zu erbrachter Leistung

A1245867890124 Sammelrechnungsnummer	100001 Einzelrechnungsnummer	14.05.2013 Rechnungsdatum	KBS000005 Belegnummer
---	---------------------------------	------------------------------	--------------------------

4. Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass trotz schriftlicher Aufforderung, der gesetzliche Zuzahlungsbetrag in Höhe von -18,23- EUR von der/dem Versicherten für die oben genannten Rechnungsangaben nicht eingezogen werden konnte.

5. Erfolgreicher Zuzahlungseinzug

An folgenden Terminen wurde versucht, die Zuzahlung für die erbrachten Leistungen o. g. Rechnungsdaten einzuziehen

Versuch	Datum	Bemerkung
1.	08.02.2017	per Post
2.	15.02.2017	per Post
3.	20.03.2017	per Post - Einschreiben

6. Raum für Mitteilungen an den Kostenträger

Laut Aussage der Versicherten vom 22.01.2017, wurde diese rückwirkend von der Zuzahlung befreit. Zum Zeitpunkt der Behandlung konnte kein Befreiungsnachweis vorgelegt werden.

TT.MM.JJJJ
Datum

Glücklich
Unterschrift

TopFit-Reha-Zentrum
Torweg 12
00000 D-Stadt
Tel. :0000/12345-0
Fax.: 0000/12345-90
IK 99999999
Stempel des Leistungserbringers

Erfolgloser Einzug der Zuzahlung gemäß § 43c Abs. 1 SGB V - Heilmittel

1. Daten des Leistungserbringers

IK	Name/Bezeichnung
Ansprechpartner	
Telefonnummer	E-Mail

2. Daten der/des Versicherten

Versichertennummer	Verordnungsdatum	
Name	Vorname	Geburtsdatum

3. Ursprüngliche Rechnungsdaten zu erbrachter Leistung

Sammelrechnungsnummer	Einzelrechnungsnummer	Rechnungsdatum	Belegnummer
-----------------------	-----------------------	----------------	-------------

4. Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass trotz schriftlicher Aufforderung, der gesetzliche Zuzahlungsbetrag in Höhe von _____ EUR von der/dem Versicherten für die oben genannten Rechnungsangaben nicht eingezogen werden konnte.

5. Erfolgreicher Zuzahlungseinzug

An folgenden Terminen wurde versucht, die Zuzahlung für die erbrachten Leistungen o. g. Rechnungsdaten einzuziehen

Versuch	Datum	Bemerkung
1.		
2.		
3.		

6. Raum für Mitteilungen an den Kostenträger

--

Stempel des Leistungserbringers

_____ Datum

_____ Unterschrift