

Ihre Angaben nach § 300 SGB V

Je nach Wunsch des Kostenträgers: patientenbezogene Arzneimittel, enterale Ernährung, Verbandstoffe sowie Sprechstundenbedarf.

1 Kundenangaben

Bitte geben Sie Ihr Institutionskennzeichen (IK) an.

2 Kostenträgerangaben

Bitte beachten Sie die deutliche Benennung der Kasse mit der Angabe des Institutionskennzeichens des Kostenträgers. Sollte keine Kennzeichnung Ihrerseits erfolgen, rechnen wir die Belege über die gesetzliche Krankenversicherung ab.

Warum ist dies wichtig? Immer mehr Krankenkassen fusionieren miteinander. Bsp: AOK NordWest ist aufgeteilt in die Zuständigkeitsbereiche Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein. Die Zuständigkeit lässt sich anhand des Kasseninstitutionskennzeichens ermitteln.

3 Stammdaten des Versicherten

Folgende Angaben werden für die Abrechnung benötigt:
Versichertennummer, Name und Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Versicherten und Versichertenstatus.

Warum ist dies wichtig? Die Krankenkassen stellen anhand dieser Angaben fest, ob es sich um ein Mitglied ihrer Kasse handelt.

Besonderheit: Bei Sprechstundenbedarfsrezepten werden in diesem Feld keine Angaben benötigt. Hier wird der Arzt mit den entsprechenden Arznei- und Hilfsmitteln als Sprechstundenbedarf versorgt.

4 Diagnoseschlüssel / Diagnosetext

Die Angabe des Diagnoseschlüssels / Diagnosetextes ist bei einer Verordnung für ein Arzneimittel optional anzugeben.

Warum ist das wichtig? Ein Arzneimittel sollte so eindeutig wie möglich auf der Verordnung bezeichnet sein. Vertragsärzte sind dazu verpflichtet, Diagnosen nach ICD-10 German Modification (GM) zu verschlüsseln.

5

a Verordnungsdatum

Bitte tragen Sie hier das 6-stellige Datum ein.

a Abgabedatum in der Apotheke

Zusätzlich muss das Abgabedatum / Lieferdatum in diesem Feld angegeben werden. Ebenfalls muss das Verordnungsdatum eingetragen werden (Angabe jeweils 6-stellig).

Warum ist dies wichtig? Sollte die Angabe fehlen oder fehlerhaft auf der Verordnung angegeben sein, so ist der Kostenträger berechtigt die Vorgänge entsprechend zu kürzen.

6 Arztnummer und Betriebsstättennummer

Die Arztnummer (9-stellig) sowie die Betriebsstättennummer sind, sofern auf der Verordnung vorhanden, im DTA zwingend erforderlich. Die Angabe ist für jede kassenärztliche Praxis gesetzlich vorgeschrieben.

Warum ist dies wichtig? Ärzte sind seit Juli 2008 dazu verpflichtet, bei der Abrechnung sowohl eine Arzt- als auch eine Betriebsstättennummer anzugeben. Die Arztnummer gilt für die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit, unabhängig vom Tätigkeitsort. Die Betriebsstättennummer identifiziert eine Praxis als abrechnende Einheit und ermöglicht so die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung.

7

Arztstempel / Arztunterschrift

Die Angabe des Arztstempels und der Arztunterschrift ist auf den Verordnungen für Arznei- und Hilfsmittel, sowie für Sprechstundenbedarfsrezepte zwingend erforderlich.

Warum ist dies wichtig? Sollte die Angabe auf den Verordnungen fehlen, so ist der Kostenträger berechtigt die Vorgänge entsprechend zu kürzen.

8

Pharmazentralnummer (PZN)

Hier erfolgt die Angabe der PZN. Eine Ausnahme besteht, wenn die Abrechnung von Pauschalen /Dauerversorgungen lt. Vertrag über § 300 abgerechnet werden, dann ist auch eine 10-stellige Abrechnungspositionsnummer (APN) anzugeben. Ausnahme SSB sind auch grundsätzlich 10-stellige Hilfsmittelnummern abrechenbar

9

Faktor

Hier wird die Anzahl der Leistungen eingetragen.

10

Taxe

Geben Sie hier den Gesamtbetrag je Zeile, also den Einzelbetrag in brutto, multipliziert mit der Anzahl der Leistungen (Faktor) an. Achtung: Diese Angabe weicht ab von der Kodierung für Hilfsmittel nach § 302 SGB V.

11

Zuzahlung

Geben Sie hier bitte den Zuzahlungsbetrag an (brutto). Versicherte, die das 18. Lebensjahr erreicht haben, unterliegen, sofern diese nicht von dieser befreit sind, der gesetzlichen Zuzahlungspflicht. Der Zuzahlungsbetrag ist brutto anzugeben. Abweichend zur Abrechnung § 302 SGB V, wird die gesetzliche Zuzahlung je Zeile mit 10 % vom Bruttowert berechnet.

12

Gesamt-Brutto

An dieser Stelle erfolgt die Eintragung der Gesamtsumme in brutto inkl. Zuzahlung.

13

Zuzahlungsberechtigung

Bitte geben Sie ein „Z“ an, wenn die Abrechnung der Zuzahlung durch DZH erfolgen soll. (Die Angabe ist optional: Hierüber muss eine separate Abrechnungsvereinbarung unterschrieben sein).

Ihre Angaben nach § 300 SGB V Sprechstundenbedarf

1

Kundenangaben

Bitte geben Sie Ihr Institutionskennzeichen (IK) an.

2

Kostenträgerangaben

Bitte beachten Sie die deutliche Benennung der Kasse mit der Angabe des Institutionskennzeichens des Kostenträgers. Sollte keine Kennzeichnung Ihrerseits erfolgen, rechnen wir die Belege über die gesetzliche Krankenversicherung ab.

Warum ist dies wichtig? Immer mehr Krankenkassen fusionieren miteinander. Bsp: AOK NordWest ist aufgeteilt in die Zuständigkeitsbereiche Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein. Die Zuständigkeit lässt sich anhand des Kasseninstitutionskennzeichens ermitteln.

3

entfällt beim Sprechstundenbedarf

4

entfällt beim Sprechstundenbedarf

5

a Verordnungsdatum

Bitte tragen Sie hier das 6-stellige Datum ein.

b

entfällt beim Sprechstundenbedarf

6

Arztnummer und Betriebsstättennummer

Die Arztnummer (9-stellig) sowie die Betriebsstättennummer ist, sofern auf der Verordnung vorhanden, im DTA zwingend zu übermitteln. Die Angabe ist für jede kassenärztliche Praxis gesetzlich vorgeschrieben.

Warum ist dies wichtig? Ärzte sind seit Juli 2008 dazu verpflichtet, bei der Abrechnung sowohl eine Arzt- als auch eine Betriebsstättennummer anzugeben. Die Arztnummer gilt für die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit, unabhängig vom Tätigkeitsort. Die Betriebsstättennummer identifiziert eine Praxis als abrechnende Einheit und ermöglicht so die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung.

7

Arztstempel / Arztunterschrift

Die Angabe des Arztstempels und der Arztunterschrift ist auf den Verordnungen für Arznei- und Hilfsmittel, sowie für Sprechstundenbedarfsrezepte zwingend erforderlich.

Warum ist dies wichtig? Sollte die Angabe auf den Verordnungen fehlen, so ist der Kostenträger berechtigt die Vorgänge entsprechend zu kürzen.

8

Pharmazentralnummer (PZN)

Hier erfolgt die Angabe der PZN. Ausnahme: beim Sprechstundenbedarf sind auch grundsätzlich 10-stellige Hilfsmittelnummern abrechenbar.

9

Faktor

Hier wird die Anzahl der Leistungen eingetragen.

10

Taxe

Geben Sie hier den Gesamtbetrag je Zeile, also den Einzelbetrag in brutto, multipliziert mit der Anzahl der Leistungen (Faktor) an.

Achtung: Diese Angabe weicht ab von der Kodierung für Hilfsmittel nach § 302 SGB V.

11

entfällt beim Sprechstundenbedarf

12

Gesamt-Brutto

An dieser Stelle erfolgt die Eintragung der Gesamtsumme in brutto inkl. Zuzahlung.

Allgemeine Hinweise

Die aktuelle Kostenträgermatrix und die Kassenbesonderheiten finden Sie in Ihrem Online Kundencenter „Meine Abrechnung“ unter Downloads.

Bitte beachten Sie kassenindividuelle Anforderungen gemäß Matrix (hinterlegt im OKC). Hierzu informieren wir Sie auch regelmäßig via Kundeninformation in unserem Online Kundencenter. Das Verwenden von Tipp-Ex für Korrekturen auf den Verordnungen ist nicht zulässig.