

REZEPTABRECHNUNG OPTIMAL VORBEREITEN

Wie Sie das Muster 13 richtig ausfüllen.

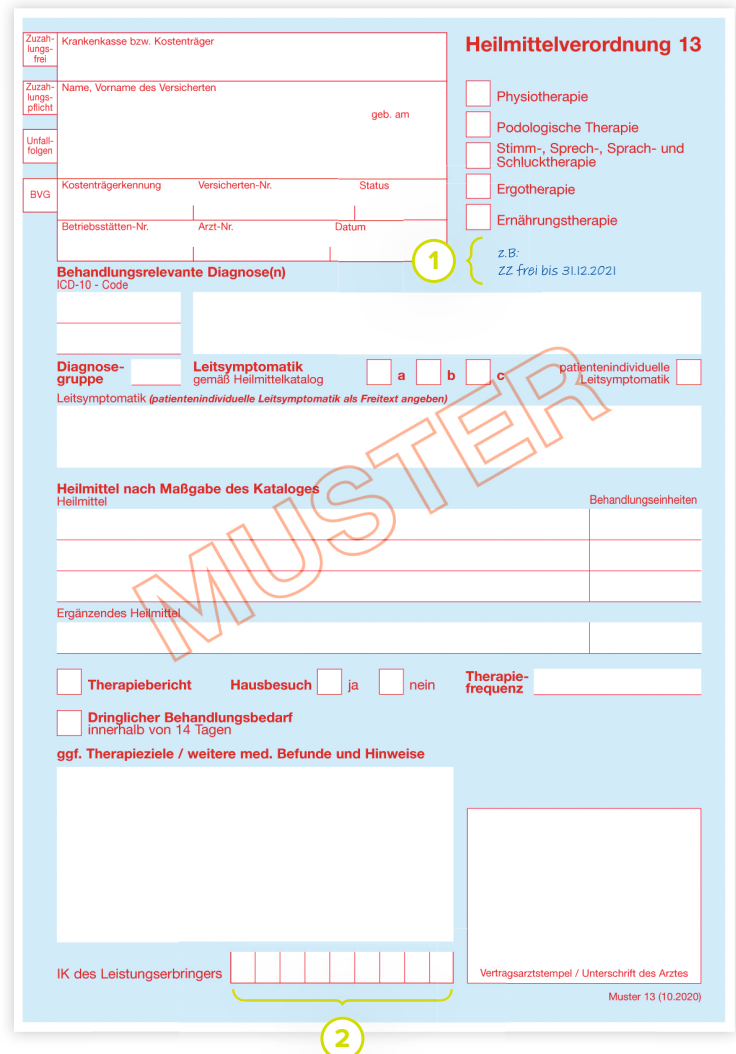
- 1** Bitte tragen Sie den Zuzahlungsbetrag hier ein, sofern es Abweichungen zu den Arztangaben gibt:

Beispiel:

1. Befreiungsausweis liegt vor/Zuzahlungstatus ist abweichend zur Verordnung
2. Änderung Zuzahlungstatus während der Behandlung

Achtung: Die Felder „Zuzahlungsfrei“ und „Zuzahlungspflicht“ sind gegenüber dem alten Rezept in der Reihenfolge vertauscht.

- 2** Ihre IK Nummer können Sie hier zusätzlich eintragen. Wir benötigen diese Angabe aber nicht zwingend.



Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei: ☐ Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungspflicht: ☐ Name, Vorname des Versicherten geb. am

Unfallfolgen: ☐

BVG: Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code

Diagnosegruppe ☐ **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog ☐ a ☐ b ☐ c ☐ patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

☐ Therapiebericht ☐ Hausbesuch ☐ ja ☐ nein **Therapiefrequenz**

☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)



Softwarenutzer aufgepasst!

Optica verarbeitet die Verordnung auch bei anderer Darstellung der Zusatzinformationen durch Ihren Softwareanbieter. Kein manuelles Ausfüllen notwendig!

3

Bitte machen Sie hier folgende Angaben
(leserlich in Druckbuchstaben):

- Abgegebene Heilmittel mit Spezifizierung
Beispiel: „KG ZNS Bobath“
- Optional: abgegebene Hausbesuche
Beispiel: (Kürzel = HB) oder Hausbesuch soziale Einrichtungen „Heimbefuche“ (Kürzel = HBH). Für Hausbesuche in Kurzzeit-, Verhinderungs- oder Tagespflege bitte das Kürzel HBK nutzen.
- Optional: Gruppengröße bei Gruppenbehandlung (Kürzel = GB)
Beispiel: Behandlung in einer Gruppe mit fünf Personen: GB 5

Für Logopädie:

- Angabe der Erstdiagnostik
Hinweis: Hausbesuche werden abgerechnet, sobald das entsprechende Kreuz auf dem Rezept gesetzt wurde, egal ob der HB auf der Rückseite quittiert wurde oder nicht. Bitte geben Sie einen Hinweis, wenn ein HB nicht erbracht wurde.
- Um eine Behandlung zu quittieren genügt die Minutenangabe (z.B. 45 Minuten)

Für Ergotherapie:

- Gemäß neuem Vertrag muss die erste Zeile der Maßnahmen ausgeschrieben sein.
- Damit die Funktionsanalyse abgerechnet werden kann, muss diese auf der Rückseite eingetragen werden.
- Schienenversorgung
Hinweis: bitte ggf. Kostenvoranschlag beifügen (Schiene + Betrag eintragen)

Für Podologie:

- Nur wenn der Befund auf der Rückseite unter Maßnahmen eingetragen ist, wird dieser auch abgerechnet.
- Gemäß neuem Vertrag muss die erste Zeile der Maßnahmen ausgeschrieben sein
- Nagelspangen
Hinweis: bitte ggf. Kostenvoranschlag beifügen (Spange + Betrag eintragen)

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers Belegnummer

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Arzt
☐ Abweichung von der Frequenz
 Änderung in ☐ Gruppen- ☐ Einzel-
 therapie therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

- 4** Nur bei Mitarbeiterauswertung:
Hier kann der jeweilige behandelnde Mitarbeiter quittieren (es gelten die Regelungen der jeweiligen Rahmenverträge). Zudem kann für die Erstellung einer Mitarbeiterstatistik das Kürzel des Mitarbeiters eingetragen werden (siehe Ausfüllhilfe Mitarbeiterstatistik in Ihren Vertragsunterlagen). Logopäden und Podologen müssen gem. Rahmenvertrag ihre Kürzel hier angeben.
- 5** Diese Werte trägt Optica für Sie ein!
- 6** Bei Änderung der Gruppen-/Einzeltherapie bitte hier ankreuzen.
- 7** Bei einem Behandlungsabbruch, der Änderung der Therapiefrequenz oder der Gruppen-/Einzeltherapie müssen Sie hier bitte eine Begründung angeben.

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer:

IK des Leistungserbringers: Belegnummer:

Behandlungsabbruch: ☐ T ☐ T ☐ M ☐ M ☐ J ☐ J

Nach Rücksprache mit dem Arzt:
☐ Abweichung von der Frequenz
 Änderung in:
☐ Gruppen-therapie ☐ Einzel-therapie

Begründung:

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers:

Sie haben noch Fragen?
Wir sind jederzeit gerne für Sie da.

0711 99 373-2000
info@optica.de