

Ausfüllanleitung für Dauerverordnungen der BARMER

Verwenden Sie bitte für Nr. 1 & 2
im unteren Teil des Rezepts
entweder die rosa oder die
weiße Fläche.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			BVG	Hilfs- mittel	Impf- stuf	Spr- St- bedarf	Begr- Pflcht	Apotheken-Nr. / IK
Gebühr frei Kostenträger			6	7	8	9		+1234567+
Geb.- pfl. Name, Vorname des Versicherten Mustermann Erika			Zahlung		Gesamt-Brutto			
noctu geb. am 01.01.1970			6	2,00				20,00
Sonstige Musterstraße 11			Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
12345 Bremen			7	XXXXXXXXXX	8	1	2000	9
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	2. Verordnung		3. Verordnung			
Unfall 101234567		A123456789						
Status 100000								
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.						
Arbeits- unfall 012345678		987654321						
Datum 01.02.20								
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel					
3 1. Verordnung			1 Genehmigungsnummer					
aut idem			2 z. B. Februar 2020					
4 666H			Abgabedatum in der Apotheke					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			5 Genehmigungsnummer					
Unfalltag			2 z. B. Februar 2020					
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer								

- Feld Genehmigungsnummer:** Auch wenn eine vertragliche Regelung besteht, ist eine Genehmigung seitens der BARMER erforderlich. Die Genehmigungsnummer ist auf der Vorderseite der Original-Verordnung sowie auf den Kopien aufzutragen. Die Genehmigungsnummer der BARMER beginnt immer mit BB, gefolgt von 10 Ziffern. Bitte beachten Sie, dass dies sonst zu einer Retaxation führen kann.
- Feld Versorgungsmonat:** Dieser ist bei Hilfsmitteln zum Verbrauch, Mieten und Pauschalen zwingend erforderlich. Angabe des Versorgungsmonats für den abzurechnenden Monat, z. B. Februar 2020.
- Feld Verordnung:** Prüfen Sie, ob der Arzt oder die Ärztin die Diagnose im Verordnungsteil vermerkt hat.
- Feld Abgabedatum:** Bitte passen Sie das Abgabedatum dem jeweiligen Versorgungsmonat an, z. B. Versorgungsmonat Februar 2020; Abgabedatum 01.02.20.
- Feld Empfangsbestätigung:** Auf der Rückseite muss der Kunde mittels seiner Unterschrift den Empfang des Hilfsmittels bestätigen.
- Feld Zuzahlung:** beträgt 10% des Gesamt-Brutto.
- Feld Arzneimittelnummer:** Angabe der Hilfsmittelpositionsnummer.
- Feld Faktor:** Die Anzahl des Faktors steht für die abzurechnenden Versorgungsmonate. Faktor 1 = 1 Monat.
- Feld Taxe:** Aufzudruckende Taxe in brutto.

Hinweis zur Abrechnung:

Die Ersteinreichung erfolgt mit der Originalverordnung. In den Folgemonaten sind Kopien zur Abrechnung einzureichen.

Der Versorgungszeitraum darf bei vielen Kassen nicht in der Zukunft liegen.