

Kassennummer (KassenIK)

+Kassenname:

Versicherungsnummer:

Name, Vorname des Pat:

Geb. Datum:

Patientendaten (bitte Versichertendaten von der ärztlichen Verordnung übernehmen!)

Angabe des ärztl. Verordners (Name/LANR/BSNR): \_\_\_\_\_

Verordnung vom: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_



D·A·M·i·D

Dachverband  
Anthroposophische Medizin  
in Deutschland

**Remscheider Str. 16  
45481 Mülheim**

**IK-Nr. des abrechnenden  
Leistungserbringers**

□ □ □ □ □ □ □ □ □

**Gültig ab 01.01.2024**

## Abrechnungsschein Integrierte Versorgung Rhythmische Massage

zum Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach §140 a SGB V über die die Versorgung mit Anthroposophischer Medizin zwischen der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD) dem Berufsverband Heileurythmie e.V. (BVHE), dem Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e. V. (BVAKT), dem Berufsverband Rhythmische Massage e.V. (BVRM) sowie den diesem Vertrag beigetretenen Kassen

Behandlungszeitraum (inkl. Beratung)

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ist der Patient von der Zuzahlung befreit?  ja  nein

Leistungsposition	SNR	Anzahl	Einzel- betrag in €	Gesamtbetrag in €
Rhythmische Massage, mind. 40 Min	92077		40,00 €	
Rhythmische Bäder (Öldispersionsbäder u.a), mind. 40 Min	92078		40,00 €	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	92085		6,50 €	
Wegegebühren bei ärztl. verordnetem Hausbesuch	92087		0,30 €	
<b>Zwischensumme</b>				
geleistete Zuzahlung 10%	98000			
geleistete Rezeptgebühr 10,00 €	98005			
Beratung, max. zweimal pro Behandlungszyklus	92081		12,00 €	
<b>Gesamtbetrag</b>				

**Die umseitigen und weiteren Abrechnungsbedingungen entsprechend den unter [www.damid.de](http://www.damid.de) einsehbaren IV-Verträgen habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.**

Ich versichere, dass ich die oben abgerechneten Leistungen unter Einhaltung der Bestimmungen des Vertrages vollständig erbracht und insbesondere nicht gleichzeitig über einen anderen Kostenträger abgerechnet habe. Für die Einhaltung der Bestimmungen bin ich persönlich verantwortlich und haftbar.

Name und vollständige Anschrift des Leistungserbringers/der Praxis (bitte gut lesbarer  
Praxisstempel)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

Erläuterungen zu den Ziffern	
92077	Rhythmische Massage, mind. 40 Min
92084	Rhythmische Bäder (Öldispersionsbäder u.a), mind. 40 Min
92087	Ärztlich verordneter Hausbesuch
92083	Beratung, max. zweimal pro Behandlungszyklus
98000	durch den Patienten geleistete Zuzahlung in Höhe von 10%
98005	durch den Patienten geleistete Rezeptgebühr in Höhe von 10,00 €

Abrechnungs- Checkliste	
<input type="checkbox"/>	Ein aktuelles Abrechnungsformular pro teilnehmenden Patienten und Behandler und pro Behandlungszyklus
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsformular nicht mehrfach einreichen
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsdaten (Datum, Leistung, Patientendaten, Stempel) vollständig und gut lesbar
<input type="checkbox"/>	Versicherungsnummer des Patienten nicht vergessen!
<input type="checkbox"/>	Nach Monatsende innerhalb von 5 Werktagen per Post an die PVS pria
<input type="checkbox"/>	Verordner und Behandlungszeitraum angeben?
<input type="checkbox"/>	Dokumentationsbeleg der PVS pria ausgefüllt beifügen
<b>✓An alles gedacht?</b>	

**HINWEIS: Pro Kalenderjahr ist nur ein Therapiezyklus abrechnungsfähig. Ein Zyklus umfasst max. 8 Therapieeinheiten und ist jeweils einmal für rhythmischer Massage sowie rhythmische Bewegungsbäder abrechnungsfähig. Eine Verordnung eines zweiten Therapiezyklus bzw. Kombination von Zyklen verschiedener Therapieeinrichtungen ist nicht möglich.**

### Abrechnungshinweise

- Bitte beachten Sie, dass Sie die seit dem 01.07.2008 gültige N/BSNR sowie LANR des verordnenden Arztes, sowie Ihre IK-Nr entsprechend auf der Vorderseite des Abrechnungsscheins notieren, damit eine Unterscheidung nach Leistungserbringer erfolgen und die jeweilige Leistung dem verordnenden Arzt eindeutig zugeordnet werden kann. Bitte beachten Sie, dass bei nicht eindeutiger Angabe die Unterlagen zur Prüfung an die Praxis zurück gesendet werden müssen.
- Die IV-Verträge, teilnehmende Krankenkassen, die Höhe der jeweiligen Gebühren sowie alle aktuellen Informationen sind auf der Internetseite [www.damid.de](http://www.damid.de) einzusehen.
- Die PVS pria bearbeitet nur fristgerecht eingereichte, vollständig ausgefüllte und leserliche Abrechnungsunterlagen der Leistungserbringer.
- Die Abrechnungsunterlagen sind innerhalb von 5 Werktagen nach Ablauf des Abrechnungsmonats an die PVS pria zu übermitteln. Bitte nur einen Abrechnungsschein pro Patient und Behandlungszyklus einreichen. Verspätet eingereichte Unterlagen werden erst mit der nächsten Monatsabrechnung abgerechnet.
- Fehlerhaft eingereichte Abrechnungsunterlagen werden dem Leistungserbringer zur Prüfung und Korrektur zurück gesendet. Die PVS pria kann hierfür eine gesonderte Aufwandspauschale verlangen.
- Die PVS pria ist berechtigt, von der vertraglich vereinbarten Vergütung einen Verwaltungskostenabschlag einzubehalten.

**Die Abrechnungsunterlagen sind fristgerecht an folgende Adresse zu senden:**

**PVS pria GmbH**

**Abteilung Neue Versorgungsformen**

**Remscheider Str. 16**

**45481 Mülheim an der Ruhr**