

# Abrechnung des Sprechstundenbedarfs gegen Rezept

Bei MSG erhalten Sie verordnungsfähige Artikel des Sprechstundenbedarfs, die wir für Sie kostengünstig zum sog. Apotheken-Einkaufspreis und immer unter Abzug von 3% Skonto mit der für Sie zuständigen Kasse abrechnen.

## Die Abwicklung ist einfach:

- Bestellen Sie Ihren Sprechstundenbedarf bequem und schnell mit unserem vorbereiteten Fax-Bestellschein.
- Füllen Sie ein Rezept aus und nennen Sie darauf den bestellten Artikel bitte mit Abmessung, Verpackungseinheit und gewünschter Liefermenge.
- Schicken Sie uns das Rezept zu. Auf Wunsch erhalten Sie von uns Freiumschläge für eine kostenlose Versendung Ihrer Rezepte.
- Wir rechnen dann mit der zuständigen Kasse ab. Dabei entstehen keine zusätzlichen Kosten für Ihre Praxis.

Bitte beachten Sie, dass es keine bundeseinheitlichen Richtlinien zum abrechenbaren Sprechstundenbedarf gibt.

Unsere Hinweise sind daher nicht verbindlich - bitte sprechen Sie mit Ihrer zuständigen KV.

## So füllen Sie Ihr Rezept richtig aus:

The image shows a medical prescription form for 'Sprechstundenbedarf' (outpatient supplies). The form is divided into several sections. Red circles with numbers 1 through 8 point to specific fields:

- 1: Kostenträger einsetzen (mit Kassen-Nummer) - points to the 'Kassen-Nr.' field.
- 2: Ziffer 9: Sprechstundenbedarf/ Hilfsmittel Ziffer 7 - points to the 'Hilfsmittel' field.
- 3: Kassennummer - points to the 'Kassen-Nr.' field.
- 4: Betriebsstätten-Nummer - points to the 'Betriebsstätten-Nr.' field.
- 5: Lebenslange Arztnummer: die 9-stellige Nummer, bei die 8. und 9. Stelle Angaben zur Facharztgruppe beinhaltet - points to the 'Arzt-Nr.' field.
- 6: Verordnungsdatum - points to the 'Datum' field.
- 7: Max. 3 Artikel einsetzen - points to the 'Rp.' section where items are listed.
- 8: Arztstempel und Unterschrift - points to the 'Stempel' and 'Unterschrift' fields.

The form contains the following information:

- Kostenkassenzahl bzw. Kostenträger: AOK
- Name, Vorname des Versicherten: Sprechstundenbedarf
- geb. am: 07.01.14
- Kassen-Nr., Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum
- Rp. (Bitte Leertäume durchstrichen): Zellstofftupfer 4 x 5 cm 1000 St. 2AP, Leukosilk 2.5 cm x 5 m 12 Rollen 2AP, ES-Kompressen 5 x 5 cm, steril 50 St. 1AP
- Stempel and Unterschrift fields.
- Abgabedatum in der Apotheke.
- Bei Arbeitsunfall auszufüllen: Unfalltag, Unfallort, Unfallbetrieb oder Arbeitsnummer.

## Achtung!

Alle Verbandstoffpreise sind äußerst knapp kalkulierte, mit den Krankenkassen abgestimmte Preise. Bei Preisänderungen seitens der Hersteller gelten deren neue Listenpreise sofort ab Inkrafttreten.

