

**Remscheider Str. 16  
45481 Mülheim**

**Angabe BSNR/NBSNR**

        

**Angabe LANR**

        

**Gültig ab 01.01.2025**

**Diagnose-Schlüssel (ICD-Code)**

Bitte die Diagnosen gut lesbar (Druckschrift) und  
Qualifizierung (Q) sowie Lokalisation (L) eintragen

**3 bis 5-stelliger ICD**

**Q**

**L**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Wichtig:**

Wird keine Qualifizierung  
angegeben, gilt die jeweilige  
Diagnose als "gesichert"

Patientendaten (Formularkopf links oben drucken oder Aufkleber anbringen)

## Abrechnungsschein ärztliche Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung mit Anthroposophischer Medizin

☐ Die unterschriebene Teilnahmeerklärung liegt mir vor

Leistungsposition	Datum	SNR
Anthroposophische Erstbehandlung (*)		920570
Anthroposophische Folgebehandlung (*)		920571
		920571
Anthroposophische Beratung (*)		920572
		920572
		920572
		920572
Kommunikation mit dem Therapeuten (*)		920580
		920580
Behandlungskomplex Anthroposophische Medizin bei schwerwiegenden Erkrankungen (*)		920578

(\*) Erläuterungen siehe Rückseite

**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 eine Kassenärztliche Vereinigung oder Privatliquidation abgerechnet habe. Für die Einhaltung der Bestimmungen bin ich persönlich verantwortlich und haftbar.

Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis (bitte gut lesbarer Praxisstempel)

Ort, Datum, Unterschrift

Erläuterungen zu den Ziffern	
920570	Anthroposophische Erstbehandlung (Minstdauer 60 Minuten, bis zur Vollendung des 12. Lj. 30 Minuten), max. 1 x alle zwei Kalenderjahre abrechenbar. Ausnahme: Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung (vgl. § 34 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 12 Abs. 2 AM-RL)
920571	Anthroposophische Folgebehandlung (Minstdauer 30 Minuten), max. 2 x pro Kalenderjahr abrechenbar
920572	Anthroposophische Beratung (Minstdauer 7 Minuten), max. 4 x pro Quartal abrechenbar
920580	Kommunikation mit dem Therapeuten, max. 2 x pro Behandlungszyklus abrechenbar
920578	Behandlungskomplex Anthroposophische Medizin bei schwerwiegenden Erkrankungen, max. 1 x pro Quartal abrechenbar (vgl. § 12 Abs. 3 AM-RL)

Abrechnungs-Checkliste	
<input type="checkbox"/>	Ein aktuelles Abrechnungsformular pro teilnehmendem Patienten und Arzt und pro Quartal
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsformular nicht mehrfach einreichen
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsdaten (Datum, Leistung, Patientendaten, Stempel) vollständig und gut lesbar
<input type="checkbox"/>	Nach Quartalsende innerhalb von 5 Werktagen per Post an die PVS pria
<input type="checkbox"/>	vollständige ICD Diagnosen angeben
<input type="checkbox"/>	Komplette Versendung aller Fälle eines Quartals nach abrechnungsberechtigtem Arzt sortiert
<input type="checkbox"/>	Dokumentationsbeleg der PVS pria ausgefüllt beifügen
<b>✓An alles gedacht?</b>	

## Abrechnungshinweise

1. Gilt nur für Gemeinschaftspraxen oder Praxen mit angestellten Ärzten: Bitte beachten Sie, dass Sie die seit dem 01.07.2008 gültige N/BSNR sowie LANR entsprechend auf der Vorderseite des Abrechnungsscheins notieren, damit eine Unterscheidung nach Leistungserbringer erfolgen kann, d.h. die jeweilige erbrachte Leistung muss dem Arzt zugeordnet werden, der die Leistung erbracht hat. Bitte beachten Sie, dass bei nicht eindeutiger Angabe die Unterlagen zur Prüfung an die Praxis zurück gesendet werden müssen.
2. Die IV-Verträge, teilnehmende Krankenkassen, die Höhe der jeweiligen Vergütungen und anfallenden Gebühren sowie alle aktuellen Informationen sind auf der Internetseite [www.damid.de](http://www.damid.de) einzusehen.
3. Die PVS pria bearbeitet nur fristgerecht eingereichte, vollständig ausgefüllte und leserliche Abrechnungsunterlagen der Ärzte.
4. Die Abrechnungsunterlagen sind innerhalb von 5 Werktagen nach Ablauf des Abrechnungsquartals an die PVS pria zu übermitteln. Bitte nur einen Abrechnungsschein pro Patient und Quartal einreichen. Verspätet eingereichte Unterlagen werden erst mit der nächsten Quartalsabrechnung abgerechnet.
5. Fehlerhaft eingereichte Abrechnungsunterlagen werden dem Leistungserbringer zur Prüfung und Korrektur zurück gesendet. Die PVS pria kann hierfür eine gesonderte Aufwandspauschale verlangen.
6. 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**