Vordruck 3e: Direktabrechnung Zahnersatz

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geboren

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. Datum

Personalienfeld nach Vorgabe der Anlage 14b BMV-Z

Direktabrechnung Zahnersatz

Hinweis an den Versicherten:
Bitte reichen Sie dieses Formular bei Ihrer Krankenkasse zwecks Auszahlung der Festzuschüsse ein.

TP																
R																
B																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B																
R																
TP																

Antragsnummer	
Genehmigungsdatum	

Nachträgliche Befunde Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

Rechnungsbeträge	Euro
ZA-Honorar BEMA	
ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA	
ZA-Honorar GOZ	
Material- und Laborkosten (gewerblich)	
Material- und Laborkosten (Praxis)	
Versandkosten Praxis	
Gesamtsumme	
Festzuschuss Krankenkasse	
Versichertenanteil	

	T	T	M	M	J	J
Eingliederungsdatum						
Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes						

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Muster

Originalgröße: DIN A4