

„ANTRÄGE“ FÜR KFO-LEISTUNGEN, DIE ÜBER DIE URSPRÜNGLICHE PLANUNG HINAUSGEHEN

Aus aktuellem Anlass erinnern wir daran, dass mit dem Inkrafttreten der bundeseinheitlichen Gutachtervereinbarung (zum 01.04.2014) hinsichtlich der o. g. Problematik sowohl für die Ersatzkassen als auch für die Primärkassen folgende Modalität verbindlich vereinbart wurde:

„Kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, hat der Vertragszahnarzt der Krankenkasse anzuzeigen. Die Krankenkasse kann diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen.“

Somit ist der Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkasse (wie im Ersatzkassenbereich bis zum 31.03.14 geregelt) entfallen und es gilt für Ersatz- und Primärkassen gleichermaßen, dass eine Krankenkasse für die nachträglich angezeigten Leistungen keine Kostenübernahmeerklärung erteilen muss. Außerdem steht es der Krankenkasse frei, die nachträglich angezeigten Leistungen begutachten zu lassen.

Um im Zweifelsfall nachweisen zu können, dass Sie Ihrer Anzeigenpflicht nachgekommen sind, empfehlen wir Ihnen, entsprechende Nachträge per Fax an die Krankenkasse zu senden und das Fax-Protokoll als Beleg aufzubewahren.

Bei Rückfragen zur KFO-Abrechnung

Ute Schönefeld, Tel.: 0331 2977-263, ute.schoenefeld@kzvlb.de

Anke Kowalski, Telefon: 0331 2977-111, anke.kowalski@kzvlb.de