

Zahnersatzabrechnung

Monat _____ Jahr _____

Die Abrechnung ist bis zum
10.
jeden Monats einzureichen.
Abrechnungen, die am 10.
der KZVLB nicht vorliegen,
können erst einen Monat
später bearbeitet werden.

Abrechnungsstempel

Zur Beachtung: Bitte Behandlungspläne mit Zuschussbewilligung des Kostenträgers und Ihrer Eingliederungsbestätigung sowie Laborkostennachweis beifügen. Bei Änderung des Behandlungsplanes ist eine erneute Vorlage beim Kostenträger erforderlich. Für die Abrechnung gilt jeweils der am Tage der Ausstellung des Behandlungsplanes vereinbarte Punktwert. Das gilt auch für die im Behandlungsplan aufgeführten „nachträglichen Leistungen“. Die Eintragung in dieses Formular (für jeden Kostenträger eine Zeile) bitte in vorgegebener Reihenfolge vornehmen: Ersatzkassen, IKK Brandenburg, BKK, BuKn, anschließend alle weiteren Kostenträger (z. B. Bundeswehr, ZD u. s. w.) und Fremdkassen (= Kassen außerhalb Brandenburgs, auch See-Krankenkasse). Durchschrift dieses Formulars für Ihre Akten wird empfohlen.

	Kostenträger	Kassen-Nr.	Zahl der Fälle	Bewilligter Zuschuss EUR	Nur von der KZV LB auszufüllen		
					Abgerechn. Zuschuss		Bemerkungen
1	Techniker Krankenkasse	05-7750-8					
2	Kaufmännische Krankenkasse	05-7550-6					
3	Gmünder Ersatzkasse	05-8968-2					
4	IKK Brandenburg	06-0236-0					
5	BKK EKO Stahl AG	08-2048-8					
6	Bundesknappschaft	07-0500-2					
ab hier bitte alle weiteren Kostenträger eintragen							
Rückseite nicht beschriften!							Summe EUR

Erklärung:
Die beigefügten Eigen- und Fremdadrechnungen entsprechen den geltenden Verträgen. Dieses bestätige ich hiermit nach Überprüfung.

Darüber hinaus erkläre ich, dass die vorliegenden Abrechnungen keine Leistungen enthalten, die im Rahmen von Selektivverträgen oder in deren Zusammenhang (Begleitleistungen) erbracht wurden.

Ort, Datum

Unterschrift des Zahnarztes