

Benutzeranleitung

EBZ

**Elektronisches Beantragungsverfahren
in der Zahnmedizin für Anträge der
gesetzlichen Krankenkassen**

Stand: 5. Dezember 2022



Computer Forum
Dentalsoftware mit Zukunft

1. Einleitung	4
1.1 Wichtige Informationen	4
1.1.1 HKP nach EBZ erstellen – Ja oder Nein?	4
1.1.2 Pläne für Wiederherstellungsmaßnahmen (Reparaturen)	4
1.2 Voraussetzungen zur Nutzung von EBZ	5
2. EBZ-Freischaltung	6
2.1 So schalten Sie das EBZ-Modul in Express frei	6
2.2 Hinweis zum Signieren	
Fehler! Textmarke nicht definiert.	
3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)	9
3.1 Kurzübersicht – So funktioniert die Beantragung und Genehmigung von EBZ-Plänen	9
3.2 EBZ nutzen Sie für diese Planarten	10
3.3 HKP-Planung: neue Funktionen	11
3.3.1 Fenster Arzt, Datum, etc. - Aufteilung in Therapieschritte	11
3.3.2 Planungsbildschirm – Bemerkungen / Erweiterung der Ankreuzfelder	13
3.3.3 Eingabe der Planung/der Planungskürzel	14
3.4 Gebühren, Befund-Nummern (Zuschuss) und voraus. Laborkosten	15
3.4.1 Information zum Bonus/Bonusheft	15
3.5 Antrag senden	16
3.5.1 Mögliche Fehlermeldungen beim Senden/Drucken inkl. Lösungen	21
– Fehlercode – 000000002 – Versichertendatenladen fehlgeschlagen	20
– Die Eingabe ik_krankenkasse darf nicht kleiner als 100000000...	21
– Die Eingabe Gebuehrennummer_GOZ erfüllt nicht das vorgegebene Muster	22
– ... keine gültige Angabe für die Therapieplanung	24
3.6 Antrag (EBZ-Formulare) drucken und archivieren	28
3.6.1 EBZ-Pat. Info (Patienteninformation zum Zahnersatz)	28
3.6.1.1 Muster Patienteninformation für eine Regelversorgung – 1. Seite:	30
3.6.1.2 Muster Patienteninformation für eine gleichartige Versorgung – 1. Seite:	32
3.6.1.3 Muster Patienteninformation für eine andersartige Versorgung – 1. Seite:	34
3.6.2 EBZ-Formular (HKP-Antrag über Stylesheet)	36
3.6.3 EBZ-Verlängerung	38

Inhaltsverzeichnis

3.7	Rückmeldungen der Krankenkassen (Genehmigung, Ablehnung ...)	39
	Über neue Antworten werden Sie im Express-Programm auf zwei Wegen informiert:	39
3.7.1	Programmauswahl - Schaltfläche eAntrag Meldungen anzeigen	39
3.7.2	Anzeige der Antwort beim Plan des Patienten	40
	a) Button zur Kenntnis genommen und Meldung bestätigen	41
	b) Benutzerschutz (EBZ-Meldungen)	41
3.7.3	Folgende Antworten sind derzeit möglich:	42
	– Genehmigung	42
	– Ablehnung	42
	– Antworten mit Gutachterinformationen	43
3.7.4	Ist der Antrag bei der Kasse angekommen? – So erkennen Sie es	44
3.7.5	Besonderheit „Härtefall“	45
3.8	Änderung eines EBZ-Antrages	46
3.9	Verlängerung eines EBZ-Antrages per Senden beantragen	48
4. Hinweise zur Plan-Abrechnung		49
4.1	ZE-Anträge (Abrechnungsweg über KZV)	49
4.2	ZE-Anträge (gleichartige Versorgung/Direkt u. andersartige Versorgungen)	49
5. Kiefergelenkerkrankungen/Kieferbruch		51
5.1	Einleitung	51
5.2	So funktioniert die Beantragung (KGL/KBR)	51
5.2.1	Baustein anlegen	53
5.2.2	Hinweis zur Eingabe der K4 (= Semipermanente Schienung):	53
5.3	eAntrag (KGL/KBR) senden	54
5.4	eAntrag (KGL/KBR) abrechnen	55
	a) Neu: geplante und nachträgliche Leistungen	56
	b) Plan abgerechnet – Drucken ja/nein?	56
6. Was sind Stylesheets?		58
7. Das kommt noch...		588
7.1	Hinweis zum Speichern von Protokolltexte in der Patientenakte	58

1.1 Wichtige Informationen

1.1.1 Wann einen HKP nach EBZ erstellen?

Sobald das elektronische Beantragungsverfahren (EBZ) in Ihrer Praxis aktiv ist, sollen alle neuen Heil- und Kostenpläne (HKP) nach dem EBZ-Verfahren erstellt werden. Ausnahmen bilden hier nur Patienten der Sonstigen Kostenträger. Für diese Patientengruppen ist das EBZ-Verfahren nicht vorgesehen. Die Anträge werden wie bisher über den Formulardruck erstellt.

Es ist nicht zulässig, einen Antrag einmal per EBZ und zusätzlich über das alte HKP-Formular bei einer Krankenkasse einzureichen.

Sollte es in Ausnahmefällen aus technischen Gründen nicht möglich sein, einen HKP elektronischen einzureichen, erfolgt ein Ausdruck auf Blankopapier nach EBZ-Vorgaben (= Stylesheet). Den Ausdruck können Sie zur Genehmigung per Papier bei der Krankenkasse einreichen.

1.1.2 Pläne für Wiederherstellungsmaßnahmen (Reparaturen)

Pläne für Wiederherstellungsmaßnahmen sind weiterhin bis auf einzelne Ausnahmen nicht genehmigungspflichtig. Aus diesem Grund entfällt die elektronische Beantragung. Das Erstellen und Abrechnen von Reparaturanträgen erfolgt wie bisher.

In folgenden Ausnahmen sind Wiederherstellungen genehmigungspflichtig:

- Wiederherstellungen im Bereich von Suprakonstruktionen.
- Wiederherstellungen für Patienten, die nach der Härtefallregelung abgerechnet werden.
- Und ggf. weitere Vorgaben Ihrer KZV.

Für die Beantragung dieser Wiederherstellungsmaßnahmen nutzen Sie auch das EBZ-Verfahren, sobald Sie es aktiviert haben.

- Wiederherstellungen für Patienten der Sonstigen Kostenträger müssen Sie weiterhin in Papierform über das bisherige HKP-Formular beantragen.

1. Einleitung

1.2 Voraussetzungen zur Nutzung von EBZ

Für die Nutzung des elektronischen Beantragungsverfahrens (EBZ) müssen in Ihrer Praxis folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Beschreibung	Erledigt?
<p>1. Jeder Arzt (= Mandant), für den in Ihrer Praxis Versichertenkarten eingelesen werden, verfügt über einen Heilberufsausweis (eHBA).</p> <p>Die dazugehörige PIN-Nummer für die Signatur (QES) ist Ihnen bekannt.</p> <p>Der Heilberufsausweis ist für die elektronische Signatur der EBZ-Anträge erforderlich.</p> <p>Informationen zum eHBA erhalten Sie hier: https://www.dental-vision.de/component/phocadownload/category/9-anleitungen-rund-um-die-ti</p> <p>Hinweis zum Signieren der Anträge: Um einen Antrag elektronisch an die Krankenkasse zu übertragen, muss der Antrag beim Senden elektronisch signiert werden.</p> <p>Zum Signieren haben Sie zwei Möglichkeiten:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Die Direktsignatur (siehe Kapitel 3.5) In diesem Fall geben Sie bei jedem Sendevorgang Ihre QES-PIN ein.2. Die Komfortsignatur Mithilfe der Komfortsignatur schalten Sie den QES-PIN für eine bestimmte Anzahl von Signaturen und ein bestimmtes Zeitlimit frei. Durch diese Freischaltung entfällt für Sie die PIN-Eingabe bei jedem einzelnen Sendeauftrag. <p>Die Komfortsignatur können Sie nutzen, wenn Sie das Modul Komfortsignatur erworben haben.</p> <p>Nutzen Sie hierfür bitte unsere Anleitung „Komfortsignatur“. Diese können Sie über die Internetseite https://www.dental-vision.de/service/anleitungen-ti downloaden.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2. easyTI und KIM sind installiert.</p> <p>Informationen zu easyTI und KIM erhalten Sie hier: https://www.dental-vision.de/component/phocadownload/category/9-anleitungen-rund-um-die-ti</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Ein Update ab Version 8.79.0.3 ist installiert.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Das EBZ-Modul muss freigeschaltet sein.</p>	<input type="checkbox"/>

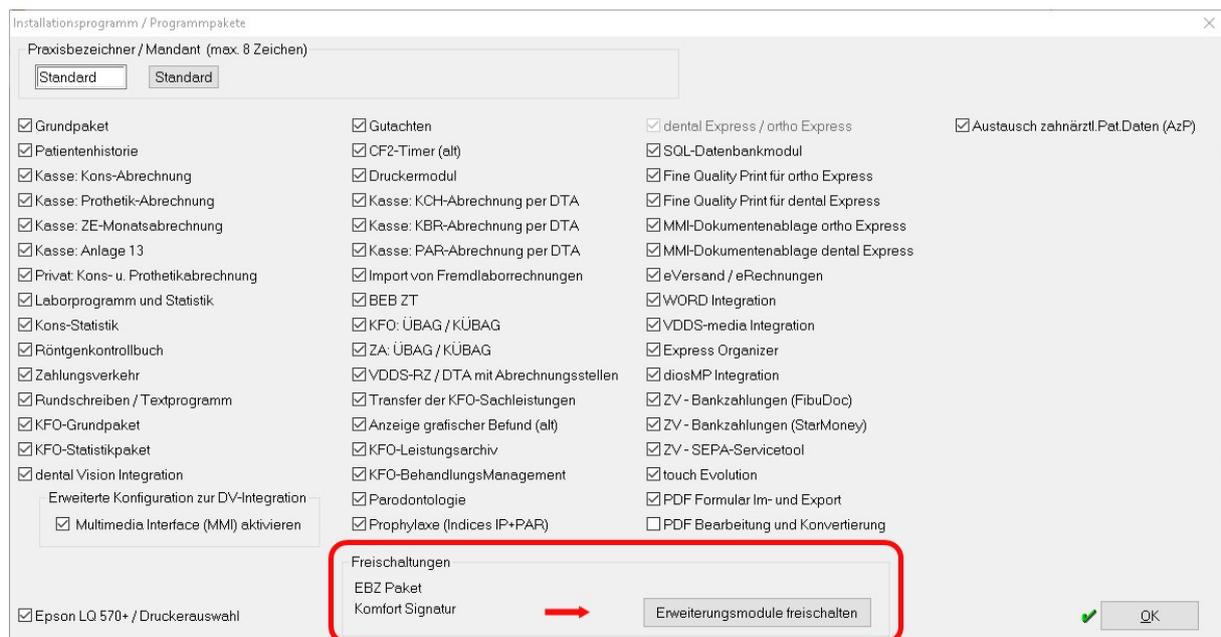
2. EBZ-Freischaltung

2.1 So schalten Sie das EBZ-Modul in Express frei

Aufgrund Ihrer Bestellung des EBZ-Moduls haben Sie von uns per E-Mail einen Freischaltcode erhalten.

Nachdem Sie ein Update ab Version 8.79.0 installiert haben, müssen Sie den Freischaltcode einmalig an einem beliebigen Arbeitsplatz über diese Schritte eingeben:

1. Wählen Sie in der Express-Programmauswahl unter |Sonstiges| die |Installationsdaten| an.
2. Klicken Sie anschließend in der Menüauswahl auf |Software/Hardware| und öffnen Sie die Funktion |Software-Konfiguration|.
3. Bei der Kennwort-Abfrage müssen Sie **schilling** eingeben.
4. Sie erhalten eine Anzeige der möglichen Programmmodule. Aktiv sind die Module, die Sie bei uns erworben haben. Die vorgegebenen Häkchen bleiben unverändert!
5. Für das Freischalten des EBZ-Moduls müssen Sie unten auf |Erweiterungsmodule freischalten| klicken:

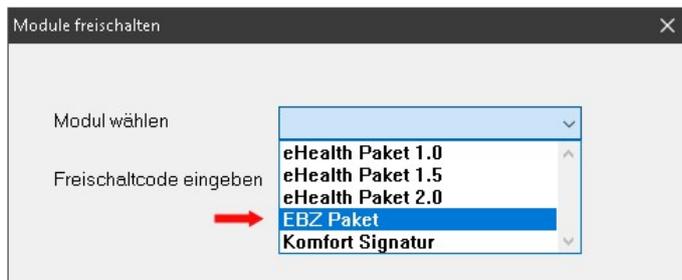


2. EBZ-Freischaltung

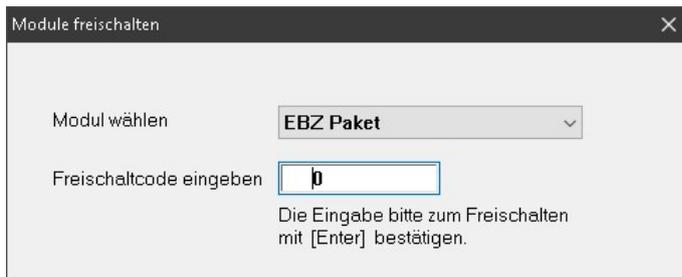
6. Das Fenster |Module freischalten| wird geöffnet.

7. Klicken Sie mit der linken Maustaste in das erste Feld |Modul wählen|.

8. Markieren Sie in der nun erscheinenden Auswahlliste das Modul |EBZ Paket|:



9. Anschließend geben Sie im unteren Feld den Freischaltcode ein, den Sie von uns per E-Mail erhalten haben.



10. Die Eingabe müssen Sie mit |Enter| bestätigen.

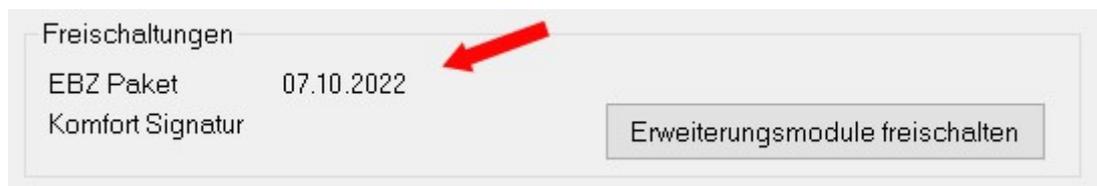
11. Bei korrekter Eingabe erhalten Sie folgende Bestätigung:



12. Bestätigen Sie den Hinweis und schließen Sie das Fenster |Modul freischalten| über |X|.

2. EBZ-Freischaltung

13. Das Freischaltdatum wird angezeigt und durch diese Anzeige wird zusätzlich bestätigt, dass die Freischaltung erfolgreich war:



14. Über |X| schließend Sie die Programmfunktionen und verlassen die Installationsdaten.

Haben Sie EBZ freigeschaltet, werden in Zukunft alle neuen Anträge als EBZ-Anträge erstellt (Ausnahme: Sonstige Kostenträger).

Ab Kapitel 3 wird beschrieben, wie die EBZ-Anträge (= eAnträge) erstellt werden.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.1 Kurzübersicht – So funktioniert die Beantragung und Genehmigung von EBZ-Plänen

- Sie erstellen einen Heil- und Kostenplan (HKP).

- Über |Drucken| und |EBZ-Pat. Info| drucken Sie ein Patienteninformationsschreiben über die geplante Versorgung aus.

Die KZBV und der GKV-Verband sagen/empfehlen, dass Sie sich dieses Schreiben von Ihren Patienten unterschreiben lassen, bevor Sie den Antrag senden.

- Anschließend führen Sie in der Planung die Funktion |eAntrag senden| aus.

- Mit dem Klick auf |Senden| wird der EBZ-Plan (eAntrag) durch den gesteckten eHBA und der Direkteingabe des PINs oder der Komfortsignatur signiert.

- Direkt danach wird der Plan automatisch über die Telematikinfrastruktur (TI) sicher an die zuständige Krankenkasse übertragen.

- Die Übertragung erfolgt ohne das Bonusheft. Bei EBZ-Anträgen ist die Einreichung des Bonusheftes nicht gewünscht.

- Die Krankenkasse prüft den Plan und sendet Ihnen eine elektronische Antwort (Genehmigung, Ablehnung oder Gutachterhinweise).

Wurde der Plan genehmigt, hat die Krankenkasse auch den Bonus geprüft und ggf. aktualisiert.

- Die elektronische Antwort wird beim Plan des entsprechenden Patienten hinterlegt und wird Ihnen am Bildschirm angezeigt, sobald Sie den Plan des Patienten öffnen.

Auf den nächsten Seiten erhalten Sie eine ausführliche Beschreibung zu den einzelnen Themen und Funktionen.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.2 EBZ nutzen Sie für diese Planarten

EBZ ist für alle neuen Kassen-HKP-Pläne aktiv, sobald Sie EBZ für Ihre Praxis freigeschaltet haben (siehe Kapitel 2.1).

Nicht aktiv sind die EBZ-Anträge und deren Funktionen für diese Bereiche:

- Anträge, die vor der EBZ-Aktivierung erstellt wurden.
- Anträge für Patienten der Sonstigen Kostenträger.
- Privatpläne, GOZ-Honorar in Bema-Höhe, Anlage 1 und Anlage 4

Zur Nutzung der EBZ-Anträge für gesetzlich versicherte Patienten wurden in den Programmen |HKP-Planung| und |HKP-Abrechnung| Erweiterungen in den Ansichten vorgenommen und neue Funktionen geschaffen.

Beachten Sie hierzu bitte die nachfolgenden Kapitel.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.3 HKP-Planung: neue Funktionen

3.3.1 Fenster |Arzt, Datum, etc. | - Aufteilung in Therapieschritte

Das Fenster |Arzt, Datum, etc. | erscheint automatisch beim Anlegen eines neuen Planes, wenn dieser Aufruf in Ihrer Praxis laut Parameter 74/Unterfunktion A aktiv ist.

Erscheint dieses Fenster nicht automatisch, können Sie es in der Planung über den Button |Arzt etc. | aufrufen.

Neu ist hier die Funktion |Aufteilung in Therapieschritten|.

Diese Funktion nutzen Sie, wenn die prothetische Versorgung eines Patienten in getrennten Behandlungsschritten durchgeführt werden soll.

Beispiel: Im Oberkiefer und im Unterkiefer sind Brückenversorgungen erforderlich. Der Patient möchte, dass jeder Kiefer getrennt behandelt wird.

In diesem Fall erstellen Sie für jeden Kiefer einen eigenen Plan.

Über die Teilschritte geben Sie an, aus wie vielen Schritten die Versorgung besteht.

In unserem Beispiel sind es zwei Schritten:

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

„1. von 2 Therapieschritten“ bedeutet für die Krankenkasse, dies ist der erste HKP von zwei Plänen.

Erfolgt die Behandlung in einem Therapieschritt, müssen Sie hier keine Angaben vornehmen.

Wird die Versorgung in mehrere Therapieschritte aufgeteilt, müssen Sie zusätzlich folgende Punkte beachten:

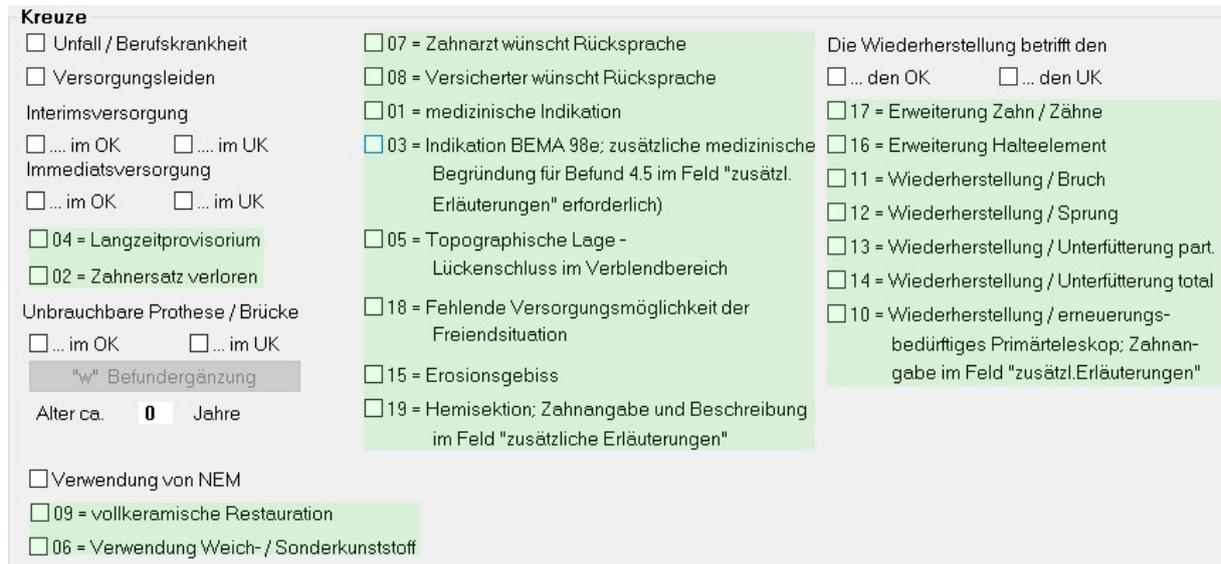
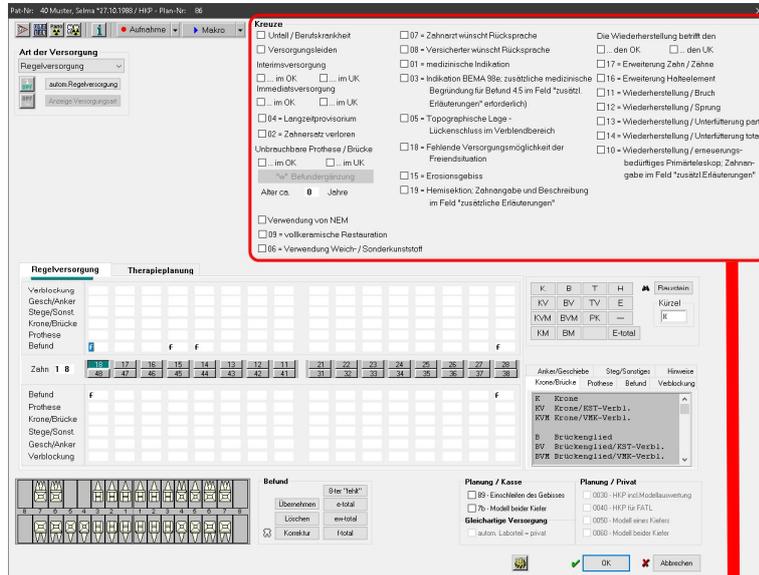
- Sie können eine Therapie in max. 4 Therapieschritten aufteilen.
- Für jeden Therapieschritt müssen Sie einen separaten HKP anlegen.
- In jedem HKP muss der vollständige Befund für beide Kiefer vorhanden sein.
- Die Planung der Regelversorgung und der Therapie wird nur für den entsprechenden Therapieschritt vorgenommen.

Die Aufteilung in einzelne Therapieschritte ermöglicht Ihnen bei umfangreichen Versorgungsen eine schnellere Abrechnung für bereits eingegliederte Bereiche.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.3.2 Planungsbildschirm – Bemerkungen / Erweiterung der Ankreuzfelder

Die Ankreuzfelder wurden durch nummerierte Begründungen für das elektronische Beantragungsverfahren erweitert:



Die bisherigen Ankreuzfelder können Sie weiterhin für alle Kassenanträge nutzen.

Zusätzlich können Sie bei EBZ-Anträgen die nummerierten Begründungen nutzen.

Die Nummern der markierten Begründungen werden an die Krankenkasse übertragen, sobald ein Antrag elektronisch versandt wird.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Markieren Sie eine der Begründungen 03, 10 oder 19 müssen Sie die angeforderten „zusätzl. Erläuterungen“ bzw. „Zahnangaben“ im Textfeld |zusätzliche Erläuterungen| eingeben:

Kategorie	Betrag
Honorar BEMA	19,08
Honorar GOZ	217,06
Labor	363,00
Metall	38,35
Gesamt	637,49
Festzuschuss	203,80
Versichertenant.	433,69
Mehrpri...	0,00

Ist in Ihrer Praxis der Parameter 127 aktiv, erscheint das Textfeld für die zusätzlichen Erläuterungen automatisch, sobald Sie Ihre Planungseingabe über |OK| bestätigt haben.

Ist der Parameter nicht aktiv, können Sie das Textfeld über den Button |Texte| und die Funktion |Zusätzliche Erläuterungen für den Heil- und Kostenplan| öffnen:

Hinweis zu Reparaturen/Wiederherstellungsmaßnahmen:

Bei Wiederherstellungsmaßnahmen müssen Sie weiterhin im Feld |zusätzliche Erläuterungen| ehemals „Bemerkungen“ die Art der Wiederherstellung zusätzlich zu den Ankreuzfeldern eingeben!

Diese Angaben sind für die ZE-DTA-Monatsabrechnungen erforderlich!

Beim ZE-DTA werden die neuen Begründungsnummern zurzeit von den KZV'en noch nicht berücksichtigt!

3.3.3 Eingabe der Planung/der Planungskürzel

Die Planungseingaben für die Regelversorgung und für die gleichartige oder andersartige Versorgung haben sich nicht geändert.

Sie erstellen die Planung wie bisher.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.4 Gebühren, Befund-Nummern (Zuschuss) und voraus. Laborkosten

Auch die Eingabe/Ermittlung der Gebühren, der Befund-Nummern und der voraussichtlichen Material- und Laborkosten sind geblieben. Individuelle Eingaben nehmen Sie wie gewohnt vor.

3.4.1 Information zum Bonus/Bonusheft

Bei den EBZ-Anträgen wird kein Bonusheft übermittelt. Die Kassen genehmigen einen Plan mit den Daten, die Ihnen zum Bonus vorliegen.

Liegt die Genehmigung vor, prüfen Sie den genehmigten Bonus!

Uns ist nicht bekannt, ob z. B. bei einem Kassenwechsel die Kassen sich untereinander über die Bonusstufe informieren. Bei Fragen müssen Sie sich telefonisch mit der Krankenkasse in Verbindung setzen.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.5 eAntrag senden und signieren

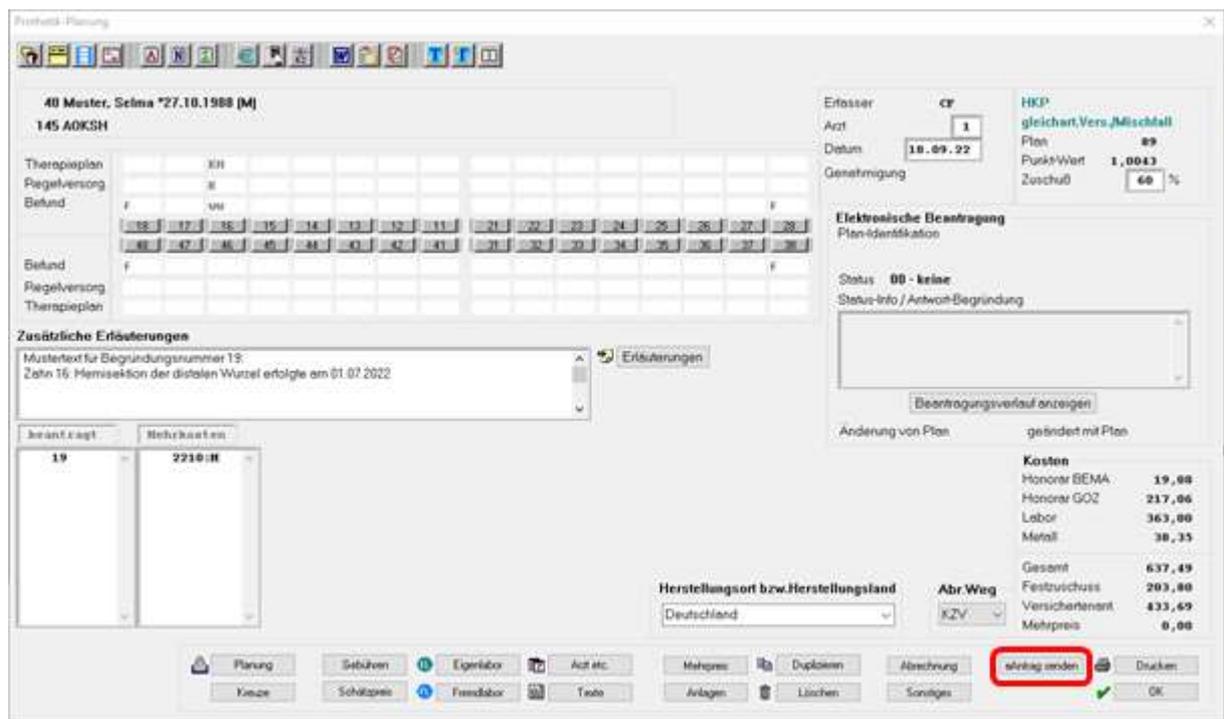
Bevor Sie einen Antrag an die Krankenkasse übermitteln, drucken Sie bitte erst für Ihren Patienten die Patienteninformation aus (siehe Kapitel 3.6.1) und lassen sich diese unterschreiben.

Haben Sie alle erforderlichen Eingaben für den Plan vorgenommen und die Patienteninformation erstellt, senden Sie den Antrag an die Krankenkasse.

Bitte beachten!

Laut gesetzlicher Vorgabe ist das Senden eines Antrages nur einmal zulässig. Nach dem Senden dürfen Sie an dem gesendeten Plan keine Änderungen mehr vornehmen. Sind Änderungen erforderlich, müssen Sie über den Button |Duplizieren| einen Änderungsantrag erstellen.

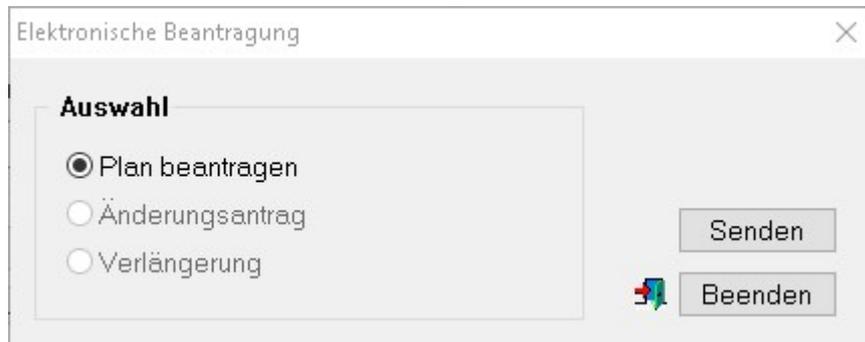
1. Für das Senden eines Antrages klicken Sie auf den Button |eAntrag senden|:



Dieser Button ist nur bei EBZ-Anträgen aktiv.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

2. Es öffnet sich folgende Auswahl:



Bei einem Antrag, der noch nicht gesendet wurde, ist automatisch nur die erste Funktion |Plan senden| aktiv.

3. Klicken Sie auf |Ausführen|, um den Sendevorgang für den Antrag zu starten.

4. Für das Senden ist Ihre elektronische Signatur erforderlich.
Das Signieren kann per Komfortsignatur oder Direktsignatur erfolgen.

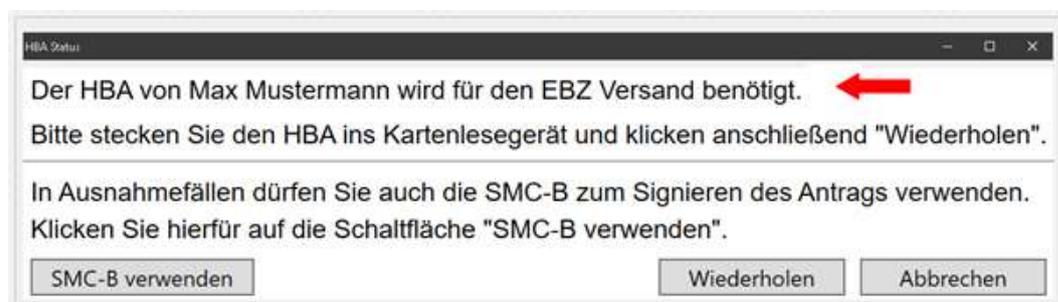
a) Komfortsignatur:

Haben Sie die Komfortsignatur aktiviert (siehe Kapitel 1.2 / Punkt 2) wird der Antrag sofort gesendet, sobald Sie auf |Ausführen| geklickt haben.

b) Direktsignatur:

Nutzen Sie die Direktsignatur, erscheint am Bildschirm die Aufforderung zur PIN-Eingabe.

Sollte Ihr HBA noch nicht gesteckt sein, erscheint vorher diese Anzeige:



In der oberen Anzeige erhalten Sie die Information, welcher HBA benötigt wird.

Das Verwenden der SMC-B Karte ist in Ausnahmefällen gestattet. Zum Beispiel, wenn der bestellte HBA noch nicht vorliegt.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

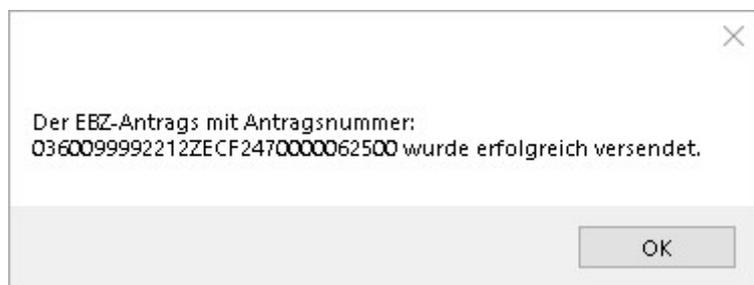
Für das Signieren über den HBA, stecken Sie den angeforderten Heilberufsausweis in das Lesegerät und klicken auf |Wiederholen|.

Am Bildschirm erscheint die Aufforderung zur PIN-Eingabe:



5. Geben Sie am Kartenlesegerät Ihren Signatur-Pin (QES) ein.

War die Eingabe erfolgreich, wird der Antrag gesendet. Am Bildschirm erscheint eine Bestätigung:



Ein Ausdruck für die Krankenkassen entfällt.
Die Antragsstellung ist abgeschlossen.

6. Am Bildschirm erhalten Sie im Fenster |Elektronische Beantragung| zusätzlich folgende Bestätigung:



Plan-Identifikation ①: Jeder EBZ-Plan, der gesendet oder über das EBZ-Formular

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

ausgedruckt wurde, erhält eine Plan-Identifikations-Nummer.

Diese Nummer ist die Basis für die weitere Kommunikation mit den Krankenkassen.

Status ②: An dieser Stelle wird der Bearbeitungsstatus zu einem EBZ-Plan angezeigt.

Folgende Anzeigen sind möglich:

Status 00 – keine = Der Plan wurde nicht gesendet.

Status 20 – abgeschickt = Der Plan wurde über KIM an die Krankenkasse gesendet.

Status 30 – genehmigt = Die Krankenkasse hat den Plan genehmigt.

Status 40 – abgelehnt = Die Krankenkasse hat den Plan abgelehnt.

Hinweis:

Sollte die Übermittlung an eine Krankenkasse nicht möglich sein, weil zum Beispiel eine technische Störung vorliegt, erhalten Sie innerhalb von max. 24 Stunden über KIM eine Nachricht.

Da ein Antrag nicht erneut gesendet werden darf, müssen Sie in diesem Fall in der Planung den Antrag über [Drucken] -> [EBZ-Formular] auf Blankopapier ausdrucken und per Post an die Krankenkasse senden.

Status-Info ③: In diesem Fenster werden die aktuellen Details zum Sendevorgang und zum Empfang von Kassen-Antworten angezeigt.

Beantragungsverlauf anzeigen ④: Klicken Sie auf diesen Button, wird ein neues Fenster geöffnet.

Beantragungsverlauf

Patient **Muster, Selma *27.10.2008 [F]**
Kasse **145 AOK Nordost >Berlin**
Plan-Identifikation **36 009999 22/10 ZE-CF 247:000000322 00**

Meldungen zum Patienten prüfen
Meldungen zum Plan prüfen

Planantrag / Mitteilung wählen
0360099992210ZECF2470000032200 ZE-Behandlungsplan

Nr	Datum	Status	Fehler	Erläuterungen
1	17.10.2022	Plan übermitteln		
2	17.10.2022	Plan abgeschickt		

Ggf. Fehlerinfo zur gewählten Teilschritt-Nr.
Fehler zurücksetzen und Antrag für eine erneute Übermittlung aktivieren

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

In dieser Anzeige wird jeder Schritt zu einem EBZ-Antrag aufgeführt.

Eine ausführliche Beschreibung erfolgt später.

Tipp:

Erscheint neben dem Eintrag |Plan abgeschickt| in der Spalte „Fehler“ der Wert 1, wurde der Antrag noch nicht an die Kasse übermittelt. Grund könnte z. B. sein, dass der eHBA nicht gesteckt war.

In diesem Fall können Sie unten rechts auf den Button |Fehler zurücksetzen und Antrag für eine neue Übermittlung aktivieren| klicken. Das Programm wird automatisch das Übermitteln neu starten.

Achten Sie darauf, dass der eHBA gesteckt ist und die Komfortsignatur aktiv ist.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.5.1 Mögliche Fehlermeldungen beim Senden/Drucken inkl. Lösungen

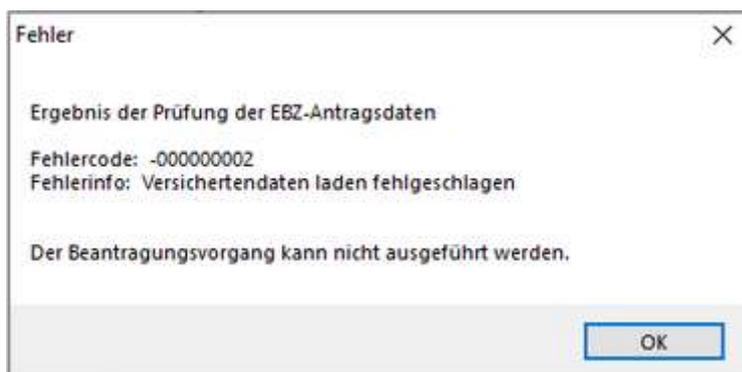
Nachfolgend werden die bisher bekannten Meldungen aufgeführt, die beim Senden oder Drucken des eAntrages erscheinen können.

Zu diesen Meldungen wird erklärt, was Sie ändern müssen, damit der Antrag gesendet beziehungsweise gedruckt werden kann.

Haben Sie die Änderung durchgeführt, können Sie anschließend den Antrag erneut senden bzw. über das EBZ-Formular den Ausdruck erstellen.

– Fehlercode – 00000002 – Versichertendatenladen fehlgeschlagen

Wenn für einen Patienten kein Versicherungsnachweis vorhanden ist (Versichertenkarte, Ersatzverfahren oder Schein), erscheint beim Senden und Drucken diese Fehlermeldung:



Sobald Sie einen Versicherungsnachweis eingegeben haben, funktioniert das Senden.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

– Die Eingabe ik_krankenkasse darf nicht kleiner als 100000000...

Der Antrag kann nicht gesendet werden, wenn diese Meldung angezeigt wird:

Ergebnisse der Eingabeprüfung

Die Eingabe ik_krankenkasse darf nicht kleiner als 100000000 und nicht größer als 109999999 sein.
Parametername: ik_krankenkasse

In diesem Fall fehlt die Information zum Institutionskennzeichen des Kostenträgers.

So können Sie das Kennzeichen erfassen:

a) Für den Patienten existiert ein eGK-Ersatzverfahren:

1. Wurde für den Patienten ein eGK-Ersatzverfahren angelegt, wählen Sie den Patienten im Programm |Rezeption| an.
2. Klicken Sie auf den Button |Karten/Ersatzverf.| und öffnen Sie das Ersatzverfahren.
3. Unter der Registerkarte |Kostenträger| müssen Sie im Feld |Kostenträger-IK| das Institutionskennzeichen eintragen:

Kostenträger

Kostenträger-IK Land

Kassen-Name

Interne Kassen-Nr

abrechnender Kostenträger

Institutionskennz. Land

Name

Das Institutionskennzeichen steht auf der Rückseite der Versichertenkarte und bei der zuletzt eingelesenen Karte.

Für 2023 ist in Arbeit, dass das Kennzeichen automatisch beim Anlegen des Ersatzverfahrens von der zuletzt eingelesenen Karte übernommen wird oder aus dem BKV.

b) Für den Patienten ist ein Schein als Versicherungsnachweis vorhanden:

In diesem Fall muss das Institutionskennzeichen in den Kassendaten eingetragen werden.

1. Für die Eintragung öffnen Sie unter |Daten| das Programm |Krankenkassen|.
2. Öffnen Sie dort die Funktionen |Verwaltung| und |Kassen|.
3. Anschließend öffnen Sie die Krankenkasse des Patienten.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

4. Im Feld |Haupt-IK| geben Sie das Institutionskennzeichen der Krankenkasse ein:

The screenshot shows a software window with the following fields and values:

- Kürzel: TKNORDRHEI
- Interne Nr.: 144
- Art / BEKV: vdek
- Kassen-Art: vdek
- BEKV-Schlüssel: 2 13 4077501 00
- Geschäftsstelle von: Nordrhein
- Haupt-IK der Kasse: 101575519 (highlighted with a red rectangle)
- PW-Updateschlüssel: [empty]
- Adresse: Name: TECHNIKER> Nordrhein; Zusatz: [empty]; Straße: [empty]; PLZ / Ort: 20905 Hamburg

Das Kennzeichen sollte auf dem Versicherungsnachweis stehen, den Ihnen der Patient vorgelegt hat. Steht die Nummer dort nicht drauf, fragen Sie bitte bei der Kasse nach.

Ab voraussichtlich 2023 soll die Nummer im BKV enthalten sein.

– Die Eingabe Gebuehrennummer_GOZ erfüllt nicht das vorgegebene Muster

Bei der Beantragung von EBZ-Anträgen sind nur GOZ/GOÄ-Positionen und analog Positionen zulässig.

Erscheint diese Meldung, müssen Sie die beantragten Privatleistungen prüfen.

a) GOZ-Materialien:

Haben Sie unter |Beantragte Leistungen| GOZ-Materialien wie z. B. Stifte, Abdruckmaterialien o. ä. erfasst, müssen Sie die Materialien entfernen.

Addieren Sie die Summe der Materialien zu den voraussichtlichen Labor- und Materialkosten unter |Schätzpreise|.

b) Analoge GOZ-/GOÄ-Positionen:

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Wenn Sie unter |Beantragte Leistungen| analoge GOZ-/GOÄ-Positionen eingegeben haben, müssen Sie die Schreibweise der Gebührennummer dieser Positionen anpassen.

Für die Anpassung gehen Sie folgendermaßen vor:

1. Öffnen Sie in der Programmauswahl unter |Daten| das Programm |Bema und GOZ/GOÄ|.
2. Unter |Verwaltung| wählen Sie |GOZ| an und geben die entsprechende analoge GOZ-Position ein.
3. Die weiteren Erläuterungen erfolgen anhand eines Muster:

(Die Angaben zu den Bezeichnungen und GOZ-Punkten sind ohne Gewähr.)

4. Die Anpassung müssen Sie im Feld |Gebühren-Nr. lt. GOZ/GOÄ| vornehmen.

In diesem Feld muss die GOZ-Position stehen, auf die sich die analoge Position bezieht. In unserem Muster ist das die GOZ-Position 9150.

Es darf hier keine Abkürzung aufgeführt werden, wie z. B. oben in dem Muster die Gebühren-Nummer „FEST“.

Möchten Sie den analogen Verweis hervorheben, fügen Sie nach der GOZ-Position noch den Buchstaben „a“ (= analog) ein.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

für Druck Gebühren-Nr für den Druck: <input type="text" value="FEST"/> Abkürzung: <input type="text"/> Gebühren-Nr lt.GOZ/GOÄ: <input type="text" value="Fest"/> <input checked="" type="checkbox"/> analoge Leistung lt.§6 Abs.1	für Druck Gebühren-Nr für den Druck: <input type="text" value="9150a"/> Abkürzung: <input type="text"/> Gebühren-Nr lt.GOZ/GOÄ: <input type="text" value="9150a"/> <input checked="" type="checkbox"/> analoge Leistung lt.§6 Abs.1
--	--

Falsch! **Korrekt!**

Zusätzlich setzen Sie das Häkchen im Feld |analoge Leistung lt. §6 Abs. 1|.

– ... keine gültige Angabe für die Therapieplanung

Bei den Kassenplänen dürfen an die Kasse nur zulässige Planungskürzel übergeben werden. Wird ein unbekanntes Kürzel versendet, ist das Senden nicht möglich.

Es erscheint eine Meldung wie in diesem Beispiel:

The screenshot shows a software interface for creating a therapy plan. It features a grid with columns for 'Therapieplan', 'Regelversorg.', and 'Befund'. A red arrow points to the 'KMS' entry in the 'Therapieplan' column. Below the grid, a warning dialog box is displayed with the text: 'ACHTUNG Elektronische Beantragung nicht möglich: - KMS ist keine gültige Angabe für die Therapieplanung'. The dialog box has an 'OK' button.

Das Kürzel KMS darf für die Therapieplanung an die Kasse nicht übermittelt werden.

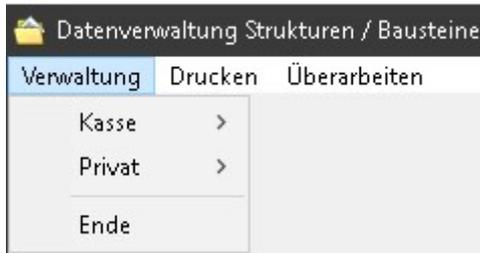
In der Regel sind für die Planungen die zulässigen Planungskürzel automatisch hinterlegt. Bei Planungskürzeln, die individuell in Ihrer Praxis angelegt wurden, kann es sein, dass das Kürzel wie im o. g. Beispiel aktualisiert werden muss.

Schließen Sie die Planung und korrigieren Sie das Kürzel folgendermaßen:

1. Wählen Sie in der Programmauswahl unter |Daten| das Programm |HKP-Struk./Leistungsbaust.| an.
2. Klicken Sie auf |Verwaltung|.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3. Im nächsten Schritt müssen Sie |Kasse| oder |Privat| wählen:



|Kasse| klicken Sie an, wenn der Fehlerhinweis sich auf ein Kürzel in der Planungszeile |Regelversorgung| bezieht.

|Privat| klicken Sie an, wenn das betroffene Kürzel in der Zeile |Therapieplanung| steht (siehe o. g. Beispiel).

4. Anschließend wählen Sie |Prothetik-Planung| an.

5. Im Feld |Struktur| geben Sie das Planungskürzel ein, das Sie im Plan eingegeben haben. Anschließend klicken Sie auf |Bearbeiten|.

6. Es öffnet sich der Inhalt der gewählten Struktur:

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Datenverwaltung Strukturen / Bausteine

Struktur

Bereich:

Name:

Bezeich.:

Folge-Nr:

Textbaustein:

für KFO-Touch sichtbar

ZE/Druck Planungskürzel: ←

Planschablone / Kürzel f.d.Textgestaltung:

Wunschbetrag:

Pos.	Geb.-Nr.	Anz.	Text	Faktor
1	2200	1		
2	2270	1		
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Pos.	Lab.-Nr.:	Anz.	Tech.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Zeile

Struktur

Gebühr:

7. Oben rechts im Feld |ZE/Druck Planungskürzel| werden die Kürzel hinterlegt, die beim Druck eines HKPs oder beim elektronischen Versand aufgeführt werden sollen.

8. In dem Beispiel soll eine Vollkrone auf Implantat über andersartige Versorgung beantragt werden.

Das offizielle Kürzel lautet SKM. Dieses Kürzel wird in das Feld eingegeben:

ZE/Druck Planungskürzel

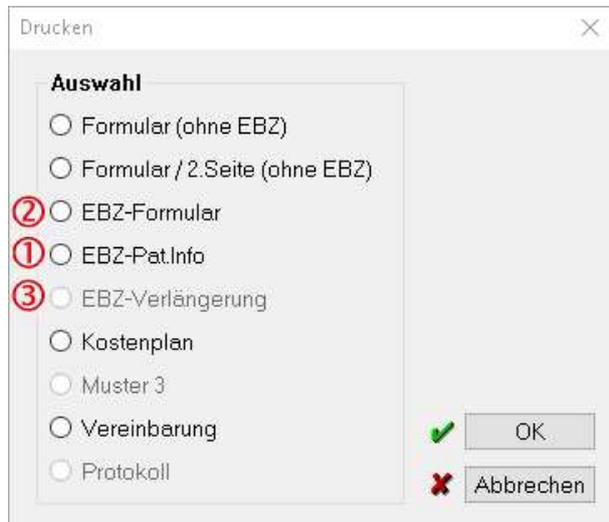
Eine Liste der zurzeit gültigen Planungs- und Befundkürzel erhalten Sie über die Internetseite Ihrer KZV.

9. Haben Sie das Kürzel geändert, funktioniert nun auch das Senden des Antrages.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.6 Antrag (EBZ-Formulare) drucken und archivieren

Für das Ausdrucken und für das Archivieren wählen Sie im Plan über den Button |Drucken| die Druckauswahl an. Für EBZ-Anträge sind folgende Druckfunktionen dazugekommen:



Für den Ausdruck von alten HKP-Anträge und Anträge der Sonstigen Kostenträger nutzen Sie weiterhin die Funktionen |Formular (ohne EBZ)| und |Formular/2. Seite (ohne EBZ)|.

3.6.1 EBZ-Pat. Info (Patienteninformation zum Zahnersatz)

Ist der Plan erstellt, müssen Sie für den Patienten über die Funktion |EBZ-Pat. Info| ① eine sogenannte „Patienteninformation zum Zahnersatz“ ausdrucken.

Diese Information beinhaltet für den Patienten alle relevanten Informationen inklusive der Kostenplanung.

Die KZBV und der GKV-Verband sagen/empfehlen, dass Sie sich dieses Schreiben von Ihrem Patienten unterschreiben lassen, bevor Sie den Antrag senden.

Für den Ausdruck markieren Sie die Funktion |EBZ-Pat. Info| und klicken auf |OK|.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Folgende Funktionsauswahl wird geöffnet:

Aktivieren Sie hier für Ihre Praxis die erforderlichen Funktionen und den passenden Drucker.

Über |Konfig.übernehmen| können Sie Ihre Auswahl speichern, damit diese automatisch beim nächsten Druck der „EBZ-Pat. Info“ aktiv sind. Das Speichern der Konfiguration muss für jeden Arbeitsplatz separat vorgenommen werden.

Ein FQP-Druck ist nicht möglich.

Über |Drucken| starten Sie den Ausdruck.

Das Programm druckt die Patienteninformation aus, die zu der Versorgungsart passt.

Der Inhalt der Patienteninformation wurde von der KZBV und vom GKV-Spitzenverband (Verband der gesetzlichen Krankenkassen) festgelegt. Die Information unterscheidet sich nach Regelversorgung, gleichartiger Versorgung und andersartiger Versorgung. Sie haben von uns die vorgegebenen Texte erhalten.

Nachfolgend werden für jede Versorgungsart Muster aufgeführt. Auf den Mustern werden die dazugehörigen Textbausteine aufgeführt.

Möchten Sie Änderungen an den Texten vornehmen, wählen Sie den entsprechenden Text im Programm |Reservierte Texte| über die Funktionen |Verwaltung|, |Reservierte Texte| und Arztnummer 0 an.

Sind in Ihrer Praxis mehrere Ärzte mit eigenem Absender tätig, müssen Sie für die Absender die entsprechende Arztnummer eingeben, falls Sie an diesen Texten Änderungen vornehmen möchten.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Muster Patienteninformation für eine Regelversorgung – 2. Seite:

Textbaustein: 9903-FOLGE oder 9920-FOLGE
Computer Forum GmbH * Norderstr. 26 * 25335 Elmshorn

Textbaustein: 9197

IV. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes (Deutschland) aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu III.

(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist beim Druck für eine Regelversorgung noch kein Unterschriftsfeld für den Behandler vorgesehen.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Muster Patienteninformation für eine gleichartige Versorgung – 2. Seite:

Textbaustein: 9903-FOLGE oder 9920-FOLGE

Computer Forum GmbH * Norderstr. 26 * 25335 Elmshorn

Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	724,49 €
Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages: (70 % Festzuschuss)	237,77-€
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil:	486,72 €

Textbaustein: 9196

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

(Datum, Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes)

Textbaustein: 9197

IV. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes (Deutschland) aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu III.

(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

Textbaustein: 9903-FUSS oder 9920-FUSS

Bitte beachten Sie die Folgeseite!

Seite 2

Muster Patienteninformation für eine gleichartige Versorgung – 3. Seite:

Textbaustein: 9903-FOLGE oder 9920-FOLGE

Computer Forum GmbH * Norderstr. 26 * 25335 Elmshorn

Textbaustein: 9198

V. Information über die Kosten der Regelversorgung:

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100%	339,67 €
abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse	237,77 €
Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen:	101,90 €

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.6.1.3 Muster Patienteninformation für eine andersartige Versorgung – 1. Seite:

Textbaustein: 9903-KOPF oder 9920-KOPF
Computer Forum GmbH
 ZA- und KFO-Programme

Norderstr. 26
 25335 Elmshorn
 Tel: 04121 / 238-100
 Fax: 04121 / 238-300

Computer Forum GmbH * Norderstr. 26 * 25335 Elmshorn
 Herrn
 Toni Test
 Testgasse 2
 25335 Elmshorn

Datum 19.10.22/CF
 Plan 32/ 121

Textbaustein: 9191
Patienteninformation zum Zahnersatz
Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung ab-
weichenden Behandlung

Textbaustein: 9192
I. Versicherter
 Name Herrn Toni Test
 Versichertennummer T987654321
 Geburtsdatum 15.06.2000
 Name der Krankenkasse AOK Heidelberg
 Antragsnummer

Textbaustein: 9193
II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)*

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

Textbaustein: 9195
III. Voraussichtliche Kosten
Für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

GOZ-Nr.	Zahn	L e i s t u n g	Anz.	Honorar-€
2200	11	Vollkrone (Tangentialpräparation) eines Zahnes oder Implantates	1	171,01
2270	11	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	1	34,93
				205,94 €
Material- und Laborkosten (geschätzt):				1.150,00 €

Textbaustein: 9903-FUSS oder 9920-FUSS
 Bitte beachten Sie die Folgeseite! Seite 1

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Muster Patienteninformation für eine andersartige Versorgung – 2. Seite:

Textbaustein: 9903-FOLGE oder 9920-FOLGE

Computer Forum GmbH * Norderstr. 26 * 25335 Elmshorn

Behandlungskosten insgesamt (geschätzt): 1.355,94 €
(75 % Festzuschuss) 845,84-€

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil: 510,10 €

Textbaustein: 9196

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

(Datum, Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes)

Textbaustein: 9197

IV. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes (Deutschland) aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu III.

(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

Textbaustein: 9903-FUSS oder 9920-FUSS

Bitte beachten Sie die Folgeseite!

Seite 2

Muster Patienteninformation für eine andersartige Versorgung – 3. Seite:

Textbaustein: 9903-FOLGE oder 9920-FOLGE

Computer Forum GmbH * Norderstr. 26 * 25335 Elmshorn

Textbaustein: 9198

V. Information über die Kosten der Regelversorgung:

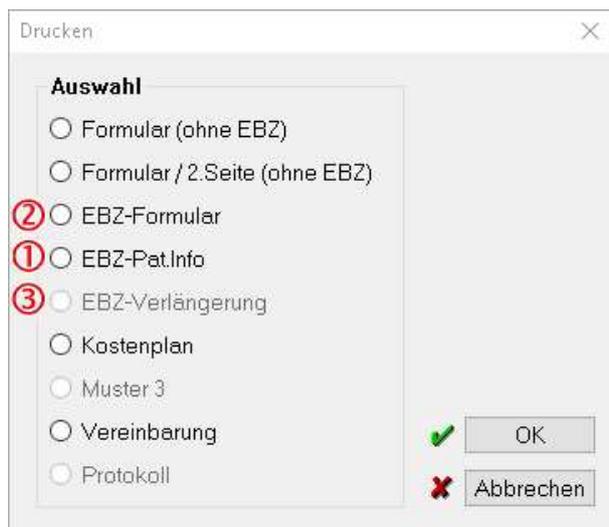
Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100% 1.127,80 €
abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse 845,84 €

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen: 281,96 €

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.6.2 EBZ-Formular (HKP-Antrag über Stylesheet)

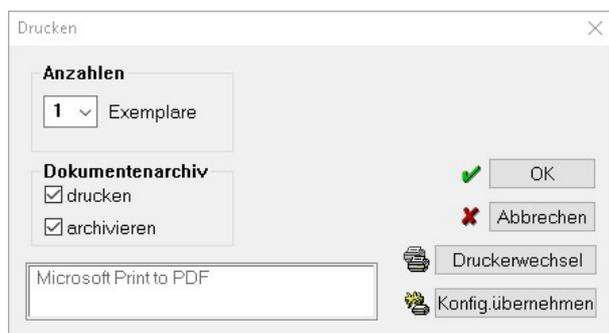


Haben Sie einen Antrag gesendet, können Sie über die Funktion |EBZ-Formular| ②:
a) den Antrag archivieren, wenn Sie das DokuArchiv nutzen.
b) den Antrag auf Blankopapier ausdrucken.

Hinweis:

Einen Ausdruck an die Krankenkasse zu senden, ist nur zulässig, wenn die elektronische Übermittlung eines EBZ-Antrages aufgrund eines Technikausfalls nicht funktioniert hat.

Wählen Sie die Druckfunktion |EBZ-Formular| an, öffnet sich diese Funktionsauswahl:



Nutzen Sie auch das Dokumentenarchiv, können Sie hier wählen, ob gedruckt und/oder archiviert werden soll.

In beiden Fällen wird der Antrag auf Blankopapier im vorgeschriebenen Stylesheet-Format erstellt.

Stylesheet ist das vorgegebene Format für den Ausdruck der neuen elektronischen Pläne.

Beim Archivieren wird das Stylesheet-Formular als PDF im Dokumentenarchiv gespeichert.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Für den Ausdruck ist ein Direktdruck nicht möglich. Es wird von dem Stylesheet-Formular erst eine Vorschau am Bildschirm angezeigt. Dies erkennen Sie in der Taskleiste an diesem Symbol:



Um die Vorschau in den Vordergrund zu holen, klicken Sie auf das Symbol .

EEBZO_036009992211ZECF2470000040100.pdf

Seite: 1 / 2 Suchen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Nordost >Berlin
 Name, Vorname des Versicherten: **Muster Selma** geb. am **27.10.08**
 Teststraße 33 0
 D 25335 Elmshorn
 Kostenträgerkennung: **109519005** Versicherten-Nr.: **S321654987** Status: **3000000**
 Vertragszahnarzt-Nr.: **999999991** Datum: **06.11.22**

Erklärung des Versicherten
 Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes (Deutschland) aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostentag.
 Datum/Unterschrift des Versicherten: _____

Stempel des Zahnarztes
 Karla Müller
 Reinhardtstr. 28
 10117 Berlin
 E-Mail: kontakt@praxis-karla-a-modell.de

Heil- und Kostenplan
Hinweis an den Versicherten:
Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund

Art der Versorgung	TP														R				B									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
TP																												
R																												
B	f																											
	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	21	22	23	24	25	26	27	28		
	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	31	32	33	34	35	36	37	38		
B	f																											
R																												
TP																												

II. Befunde für Festzuschüsse
 Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3
 1.1 24 1
 1.3 24 1

IV. Zuschussfestsetzung
 Betrag Euro Ct
 Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgeesehenen Weise eingegliedert wird.
 Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse
 Hinweis:
 % Festzuschuss
 Es liegt ein Härtefall vor.

III. Kostenplanung
 1 Fortsetzung Anz. 1 Fortsetzung Anz.
 1 BEMA-Nr. Anz.
 20b 1
 19 1
 2 Zahnärztliches Honorar BBMA: 177,76
 3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)
 4 Material- und Laborkosten: (geschätzt) 299,02
 5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt) 476,78
 Datum/Unterschrift des Zahnarztes: 06.11.2022

III. Kostenplanung GOZ
 GOZ-Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3 GOZ-Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3

Antragsnummer
 036009992211ZECF2470000040100
 Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan

Gutachterlich befürwortet
 ja nein teilweise

Verarbeitungskennzeichen
 erstmalige Übermittlung
 Art des Behandlungsplans
 Heil- und Kostenplan
 Therapieschritt
 logische Version
 1.4.0

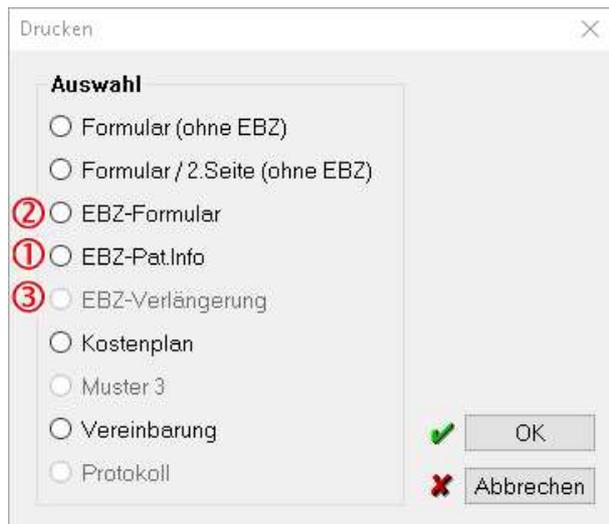
Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

Für den Ausdruck klicken Sie in dieser Ansicht auf das Druckersymbol . Danach wählen Sie den Drucker aus und starten über den Button |Drucken| den Ausdruck.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.6.3 EBZ-Verlängerung



Die Druckfunktion für die |EBZ-Verlängerung| ③ ist zurzeit noch nicht aktiv.

Diese Programmerweiterung stellen wir Ihnen voraussichtlich zum Jahreswechsel zur Verfügung.

Eine Beschreibung zum Erstellen einer Verlängerung erhalten Sie im Kapitel 3.9.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.7 Rückmeldungen der Krankenkassen (Genehmigung, Ablehnung ...)

Hat die Krankenkasse den übermittelten EBZ-Antrag bearbeitet, erhalten Sie automatisch über die Telematikinfrastruktur von der Krankenkasse eine digitale Antwort.

Die Antwort kann beispielsweise die Genehmigung, eine Ablehnung oder eine Genehmigung mit gutachterlicher Befürwortung umfassen.

Hinweis:

Ziel ist es, dass die Rückmeldungen der Krankenkassen innerhalb kürzester Zeit (am selben Tag der Beantragung) erfolgt.

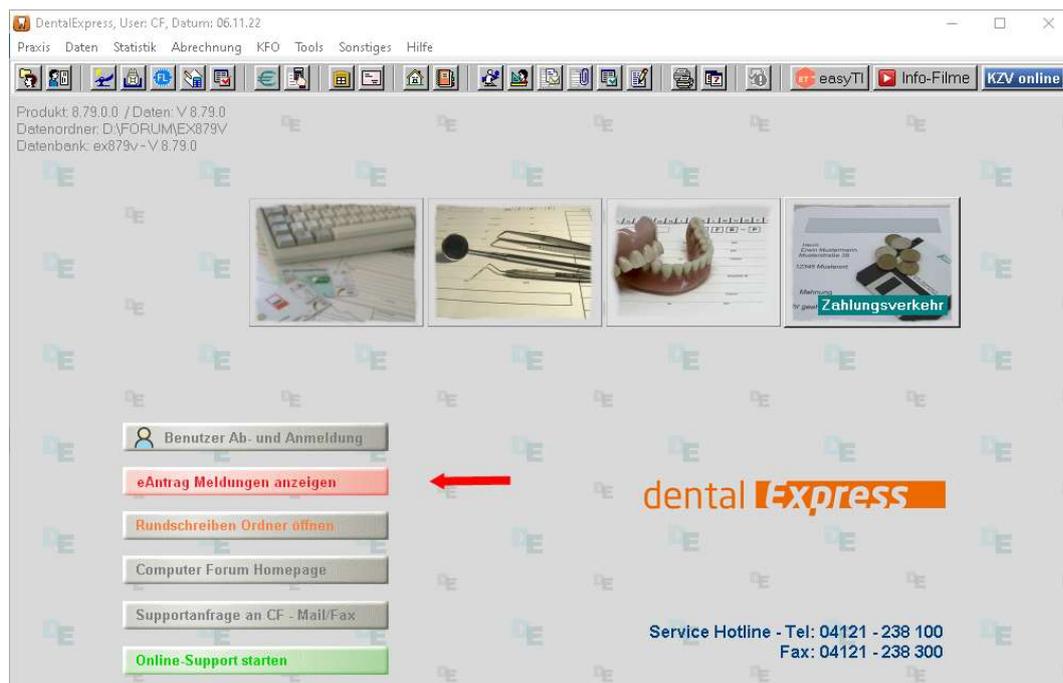
Die KZBV hat aber darauf hingewiesen, dass in der Einführungsphase die Bearbeitung länger dauern kann und bittet darum, dass Sie den Kassen ca. drei Wochen Zeit für die Rückmeldung geben.

Das Express-Programm empfängt die Antwort automatisch und ordnet diese dem entsprechenden Antrag zu.

Über neue Antworten werden Sie im Express-Programm auf zwei Wegen informiert:

3.7.1 Programmauswahl - Schaltfläche |eAntrag Meldungen anzeigen|

In der Programmauswahl wird bei neuen Antworten die Schaltfläche |eAntrag Meldungen anzeigen| in der Farbe Rot hinterlegt:



3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Klicken Sie auf den Button, werden die neuen Antworten in einer Liste angezeigt:

Übersicht von nicht bearbeiteten Bestätigungs- oder Fehlermeldungen Fehler anzeigen die letzten 30 Tage anzeigen

EBZ-Antrag-ID	Datum	Bereich	Art	Planung	Meldung	Fehler	Hinweis
00000429.00	04.12.2022	ZE	Antrag	Neu	Bestätigen		abgelehnt - erstmalige Übermittlung
00000427.00	04.12.2022	ZE	Antrag	Neu	Bestätigen		genehmigt - erstmalige Übermittlung
00000388.00	08.11.2022	KGL	Antrag	Neu	Bestätigen		genehmigt - erstmalige Übermittlung

Details zur angewählten Meldung

Plan-Antragsnummer: 0 36 009999 22/11 ZE CF 247:00000429 00
Patient: 35 Test, Anna *30.06.1999 (M)
Kasse: 1 AOK Heidelberg
Info zum Plan: ZE-PlanNr 162 für Arzt 1 vom 17.11.2022

Ggf. Antwort Begründung: Sonstiges, siehe Erläuterung
Bereits für anderen Arzt genehmigt.

Buttons:

Dieser Ansicht können Sie sofort über die Spalte |Hinweis| entnehmen, ob ein Antrag genehmigt wurde oder nicht.

Mit Doppelklick auf einen der Einträge oder Klick auf den Button |Planung für diesen Patienten aufrufen|, wird der entsprechende Patient im Planungs-Programm geöffnet.

Dort erhalten Sie eine Anzeige mit Details zur Antwort. (Siehe nächsten Punkt)

3.7.2 Anzeige der Antwort beim Plan des Patienten

Liegt eine Antwort vor, wird Ihnen diese angezeigt, sobald Sie den Patienten in der |Patientenakte| oder im Programm |Planungen| anwählen:

EBZ - Rückmeldung der Krankenkasse

Patient: Muster, Lea *08.09.2009 (F)
Kasse: 144 DAK Gesundheit

Plan von Kasse abgelehnt

Genehmigungsdatum
Zuschussatz
Anspruchsbeginn

als berechtigter Benutzer

Buttons:

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

Direkt beim Plan des Patienten müssen Sie dem Programm mitteilen, dass Sie die Antwort zur Kenntnis nehmen bzw. Sie müssen die Meldung bestätigen.

a) Button |zur Kenntnis genommen| und |Meldung bestätigen|

Klicken Sie auf |zur Kenntnis genommen|, bedeutet dies, dass Sie die Information gelesen haben und bei Ihrer weiteren Bearbeitung berücksichtigen werden.
Bei der nächsten Anwahl des Patienten erscheint die Mitteilung erneut.

Soll die Anzeige nicht mehr erscheinen, muss sie über den Button |Meldung bestätigen| geschlossen werden. Diese Bestätigung kann nur ausgeführt werden, wenn der Benutzer die Rechte dazu hat.

b) Benutzerschutz (EBZ-Meldungen)

Die Rechte für die Anzeige und Bestätigung aller Kassenmeldungen werden über den Benutzerschutz 180 und 181 gesteuert.

Benutzerschutz 180 (EBZ-Meldung anzeigen):

Für jeden Benutzer können Sie einstellen, ob die Rückmeldungen der Kassen angezeigt werden sollen. Mit der EBZ-Aktivierung ist diese Anzeige für alle Benutzer aktiv.

Benutzerschutz 181 (EBZ-Meldung bestätigen):

Dieser Schutz ist bei allen Benutzer deaktiviert.

Sie müssen den Schutz für die Benutzer aktivieren, die das Recht haben, die EBZ-Meldungen zu bestätigen.

Ist eine EBZ-Meldung bestätigt, wird sie nicht erneut angezeigt.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.7.3 Folgende Antworten sind derzeit möglich:

– Genehmigung

Wurde ein Plan genehmigt, erscheint diese Meldung:

The screenshot shows a dialog box titled "EBZ - Rückmeldung der Krankenkasse". It contains the following information:

- Patient:** Muster, Selma *27.10.2008 [F]
- Kasse:** 145 AOK Nordost >Berlin
- Message:** Plan von Kasse genehmigt
- Fields:** Genehmigungsdatum, Zuschussatz, Anspruchsbeginn
- Buttons:** als berechtigter Benutzer, Meldung bestätigen, zur Kenntnis genommen

Sie werden über die Genehmigung informiert.

Das Genehmigungsdatum wird beim Plan eingetragen.

– Ablehnung

Hat eine Krankenkasse den Plan abgelehnt, erscheint diese Meldung:

The screenshot shows a dialog box titled "EBZ - Rückmeldung der Krankenkasse". It contains the following information:

- Patient:** Test, Anna *30.06.1999 [M]
- Kasse:** 1 AOK Heidelberg
- Message:** Plan wurde von der Kasse abgelehnt!
- Begründung:** Sonstiges, siehe Erläuterung
- Additional Info:** Bereits für anderen Arzt genehmigt.
- Buttons:** als berechtigter Benutzer, Meldung bestätigen, zur Kenntnis genommen

Der Ablehnungsgrund wird unter Begründung angezeigt.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

– Antworten mit Gutachterinformationen

Beinhaltet die Antwort auch Informationen in Bezug auf eine Gutachterrückmeldung, werden Ihnen diese Angaben in der Abrechnung im Fenster |Arzt etc.| angezeigt:

Arzt, ...

proz.Zuschuss 70 % Härtefall

Planfaktor 1,0043

Arzt 1

begutachtet am 02.11.2022
befürwortet: ja nein teilweise

Plan von der Kasse zurück am 06.11.2022
genehmigt: ja nein

Genehmigung endet am 06.11.2022

eingegliedert am 06.11.2022

Rechnung am 06.11.2022

KZV-Abrechnung 00/00 1 Einreichung

Nachberechnung OK

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.7.4 Ist der Antrag bei der Kasse angekommen? – So erkennen Sie es

a) Über easyTI in den KIM-Nachrichten können Sie prüfen, ob eine Kasse die Zustellung eines Antrages bestätigt hat. Für die Prüfung führen Sie folgende Schritte aus:

1. Öffnen Sie |easyTI|.
2. In |easyTI| öffnen Sie die Anzeige der KIM-Nachrichten.
3. Die vorhandenen Nachrichten werden angezeigt:



4. Wurde einer Krankenkasse ein eAntrag zugestellt, quittiert die Krankenkassen den Erhalt des Antrages mit einer Rückmail, die die Antragsnummer des Planes enthält. (Siehe Beispiel).

5. Durch diese Rückmeldung haben Sie die Bestätigung, dass der Antrag bei der Kasse angekommen ist.

Die Kasse wird den Antrag bearbeiten und die Antwort werden Sie automatisch über das Express-Programm erhalten (siehe Kapitel 3.7).

Die KZBV hat aber darauf hingewiesen, dass in der EBZ-Einführungsphase die Bearbeitung länger dauern kann und bittet darum, dass Sie den Kassen ca. drei Wochen Zeit für die Antwort/Bearbeitung geben.

6. Zusätzlich zu den Kassen-KIM-Nachrichten wird auch eine Nachricht unter „mailer-daemon@mail.arv.kim.telematik“ aufgeführt:

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)



Hier wird in Englisch bestätigt, dass die Nachricht erfolgreich zugestellt wurde.

Haben Sie keine Rückmeldung erhalten, beachten Sie bitte Punkt c.

c) Prüfen Sie die KIM-Nachrichten, wenn innerhalb von 24 Stunden keine Bestätigung der Kasse eingetroffen ist. Konnten das Express-Programm bzw. easyTI einen eAntrag nicht zustellen, erhalten Sie hierzu auch eine Nachricht.

Liegt so eine Nachricht vor, müssen Sie in diesem Fall den EBZ-Antrag ausdrucken und per Post an die Krankenkasse senden.

3.7.5 Besonderheit „Härtefall“

Hinweise, wie z. B. „Bitte um Prüfung auf Härtefallregelung“ im Bemerkungsfeld, werden bei der elektronischen Beantragung voraussichtlich von den Krankenkassen nicht mehr berücksichtigt.

Lt. dem GKV (Gesetzlicher Krankenkassenverband) wird der eingereichte Antrag zunächst mit einer der Bonusstufen 60 % - 75 % genehmigen werden.

Die Prüfung, ob die Härtefallregelung zutrifft, wird anschließend von der Krankenkasse vorgenommen. Diese Prüfung darf max. 3 Wochen dauern.

Ergibt die weitere Prüfung, dass die Härtefallregelung zutrifft, wird Ihnen dies elektronisch gemeldet.

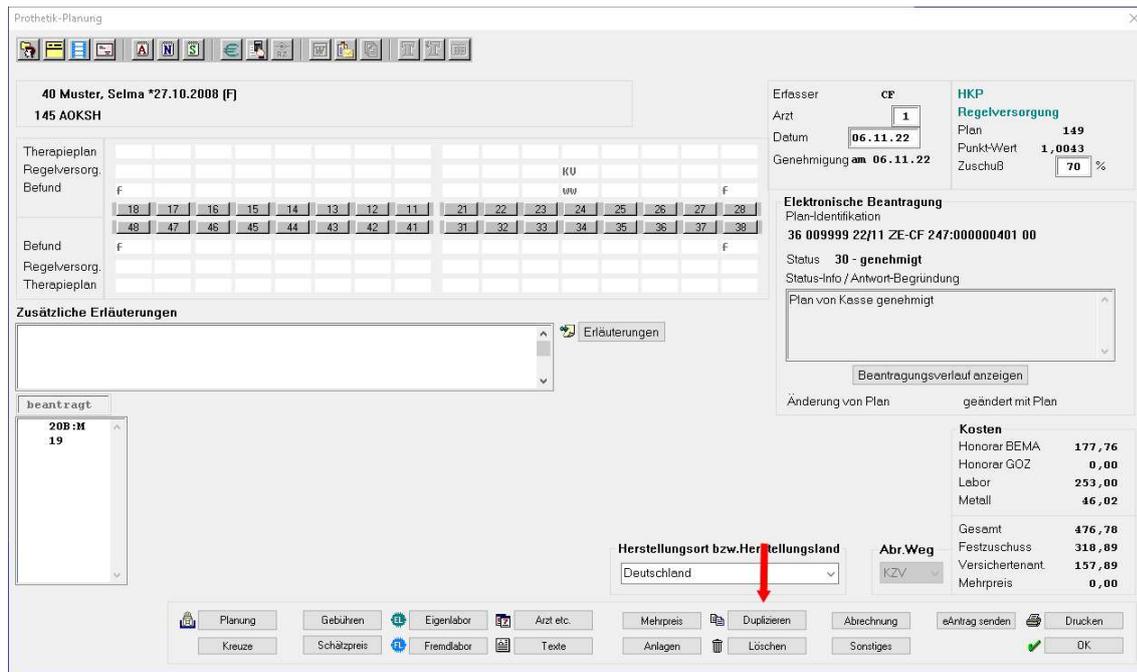
Bei weiteren Fragen müssen Sie oder Patient sich ggf. telefonisch an die entsprechende Krankenkasse wenden.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

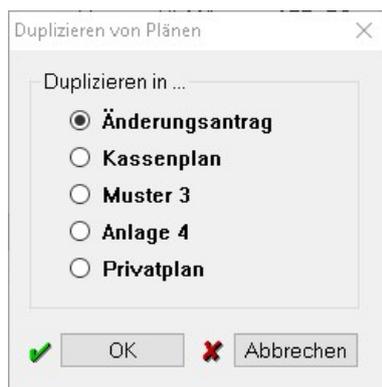
3.8 Änderung eines EBZ-Antrages

Sind nach dem Senden Änderungen an einem ZE-Plan erforderlich, müssen Sie einen Änderungsantrag anlegen, weil der bereits gesendete Antrag nicht erneut gesendet werden darf.

1. Um einen Änderungsantrag zu erstellen, müssen Sie die Planung des bereits gesendeten Antrages aufrufen:



2. Klicken Sie auf den Button |Duplizieren|. Für das Duplizieren öffnet sich ein Auswahlfenster:



3. Die Funktion |Änderungsantrag| ist aktiv.

4. Bestätigen Sie über |OK|.

5. Der Änderungsantrag wird angelegt.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

6. Im Fenster |Elektronische Beantragung| wird die Antragsnummer des vorherigen Planes angezeigt:



The screenshot shows a window titled 'Elektronische Beantragung' with a sub-header 'Plan-Identifikation'. Below this, the status is '00 - keine'. A text area for 'Status-Info / Antwort-Begründung' is empty. A button labeled 'Beantragungsverlauf anzeigen' is visible. At the bottom, it says 'Änderung von Plan 149' with a red arrow pointing to the word 'ändert' in the text 'ändert mit Plan'.

7. Aus dem vorherigen Plan wird die Planung übernommen.

8. Die Genehmigung wird nicht übernommen.

9. Nun können Sie Ihre Änderungen vornehmen.

10. Anschließend können Sie über den Button |eAntrag senden|, den Änderungsantrag senden:



The screenshot shows a window titled 'Elektronische Beantragung' with a sub-header 'Auswahl'. There are three radio button options: 'Plan beantragen', 'Änderungsantrag' (which is selected), and 'Verlängerung'. To the right of these options are two buttons: 'Senden' and 'Beenden'.

11. An die Krankenkasse wird der Änderungsantrag übermittelt. Mit dem Senden wird auch die vorherige Antragsnummer übermittelt. So kann die Kasse den Änderungsantrag automatisch dem vorherigen Plan zuordnen.

12. Bei Bedarf können Sie den Änderungsantrag über den Button |Drucken| und der Funktion |EBZ-Formular| drucken/archivieren.

Hat die Kasse den Änderungsantrag bearbeitet, erhalten Sie eine automatische Antwort.

3. Heil- und Kostenplan (Zahnersatz)

3.9 Verlängerung eines EBZ-Antrages per Senden beantragen

Möchten Sie die Genehmigung für einen eAntrag verlängern, wählen Sie in der Planung die Funktion |eAntrag senden| an.



Elektronische Beantragung

Auswahl

Plan beantragen

Änderungsantrag

Verlängerung

Senden

Beenden

Die Funktion für die Verlängerung ist automatisch aktiv.

Klicken Sie auf |Senden|, um die Verlängerung an die Kasse zu übermitteln.

Die Kasse wird die Anfrage bearbeiten.

Hinweis:

Eine Verlängerung kann nur über das Senden beantragt werden.
Die Druckform kommt zu einem späteren Zeitpunkt.

4. Hinweise zur Plan-Abrechnung

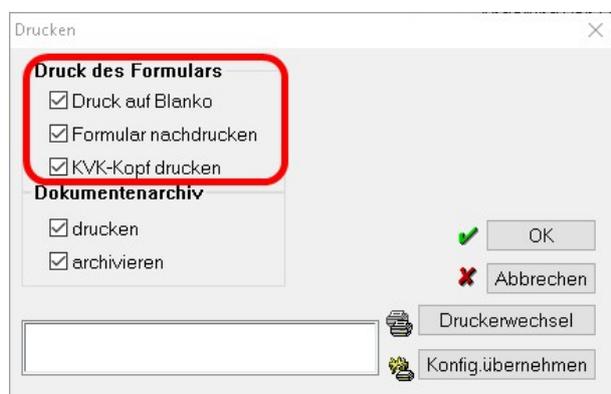
4.1 ZE-Anträge (Abrechnungsweg über KZV)

Die Abrechnung der HKP-Anträge mit dem Abrechnungsweg über KZV erfolgt in gewohnter Form.

Ein Ausdruck des Abrechnungsteils entfällt, da der Antrag elektronisch genehmigt wurde.

Sie können aber für Ihre Unterlagen und Zusatzversicherungen über |Drucken| weiterhin die Abrechnungsseite über die Druckfunktion |Formular| ausdrucken.

Sie können den Druck auf Blankopapier mit Nachdruck des Formulars inkl. KVK-Kopf erstellen:



4.2 ZE-Anträge (gleichartige Versorgung/Direkt u. andersartige Versorgungsungen)

Bei gleichartiger Versorgungsungen mit dem Abrechnungsweg „direkt“ und bei der Abrechnung andersartiger Versorgungsungen müssen die Patienten die Rechnungen bei Ihren Krankenkassen einreichen, damit sie den Kassenanteil erstattet bekommen.

Bisher musste hier auch der abgerechnete Kassenplan eingereicht werden. Da es bei eAnträgen diesen Ausdruck nicht mehr gibt, müssen Sie jetzt das neue Formular „Auszahlung Festzuschuss“ (Vordruck 3e) nutzen.

Das Formular wird Ihnen in der Abrechnung unter |Drucken| angeboten:



5. Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch

5.1 Einleitung

Das Erstellen der Anträge für Kiefergelenkserkrankungen (KGL) und Kieferbruch (KBR) funktioniert bis auf eine Ausnahme nach dem bekannten Schema.

Neu ist die Eingabe der zu beantragenden Leistungen.

5.2 So funktioniert die Beantragung (KGL/KBR)

Legen Sie nach der EBZ-Aktivierung einen neuen KGL- bzw. KBR-Antrag an.

Nehmen Sie wie bisher unter der Registerkarte |Planung| in den beiden Textfeldern (für „Angabe über Ort.../Anamnese etc.“ und „Vorgesehene Behandlung“) Ihre Eingaben vor:

The screenshot shows a software interface with two tabs: 'Planung' (selected) and 'Abrechnung'. Below the tabs, there are two main sections, each with a title and a text input field. The first section is titled '* Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch) Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)'. The input field contains six lines of 'Mustertext'. The second section is titled '* Vorgesehene Behandlung' and also contains five lines of 'Mustertext'. Both input fields have a small icon in the top right corner.

Das Ausfüllen dieser Textfelder ist zwingend erforderlich, wenn sie den Antrag zur Genehmigung an die Krankenkasse senden müssen.

An dieser Eingabeform hat sich nichts geändert. Die Eingabe kann auch über Textbausteine erfolgen.

Anschließend müssen Sie die geplanten Leistungen eingeben. Diese Eingabe ist neu:

5. Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch

5.2.1 Baustein anlegen

Für das Anlegen eines Bausteines wählen Sie in der Programmauswahl unter |Daten| das Programm HKP-Strukturen bzw. Leistungsbausteine an.

Klicken Sie anschließend auf die Funktionen |Verwaltung| und |Kasse|.

Die Bausteine für KGL und KBR müssen Sie unter der Rubrik |Prothetik-Planung| anlegen.

5.2.2 Hinweis zur Eingabe der K4 (= Semipermanente Schienung):

Bei der Eingabe der K4 müssen Sie in der Spalte (Zähne) den Interdentalraum passend zur beantragten Anzahl eingeben.

Muster:

Beantragte Leistungen					
Datum	Gebühren	Faktor	Einzelpr.	Honorar/Preis	Zähne
	7 * K4	1,1421		87,94	34-44

Haben Sie alle Leistungseingaben vorgenommen, schließen Sie das Fenster über |OK|.

Ihre Angaben werden auf der Planungsseite angezeigt:

5. Kiefergelenkerkrankungen/Kieferbruch

Kiefergelenkerkrankung / Kieferbruch

40 Muster, Selma *27.10.2008 [F]
145 AOKSH

Arzt 1
Erfasser CE
Plan 143
Rg-Nr 0

Datum 03.11.22
Hauptplan
Genehmigt

Rg-Datum 03.11.22

Behandlungsplan für
 Kiefergelenkerkrankung
 Kieferbruch Unfall

Planung Abrechnung

* Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkerkrankungen)

Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext

* Vorgesehene Behandlung

Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext
Mustertext

Stationäre Behandlung
 stationäre Behandlung Voraussichtliche Dauer : von * 03.11.22 bis 00.00.00

Krankenhaus

Name *
Strasse Haus-Nr
PLZ Ort *

Geplante Leistungen

Datum	Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte
1	2		20
1	K1		106

beantragte Lstgen

Summe Punkte 126
x Punktwert 1,1421
= Betrag 143,90

Elektronische Beantragung
Plan-Identifikation

Status 00 - keine
Status-Info / Antwort-Begründung

Beantragungsverlauf anzeigen

Änderung von Plan geändert mit Plan

Arzt etc Sonstiges Löschen Änderungsantr. eAntrag senden Drucken OK

5.3 eAntrag (KGL/KBR) senden – nur wenn in Ihrem KZV-Bereich eine Genehmigungspflicht besteht.

Haben Sie alle erforderlichen Eingaben für den Plan vorgenommen, können Sie, wenn erforderlich, den Antrag an die Krankenkasse senden.

Bitte beachten!

Sie müssen für KGL/KBR einen Antrag nur an die Kasse senden, wenn Sie bisher auch für diese Leistungsbereiche einen Antrag zur Genehmigung einreichen mussten.

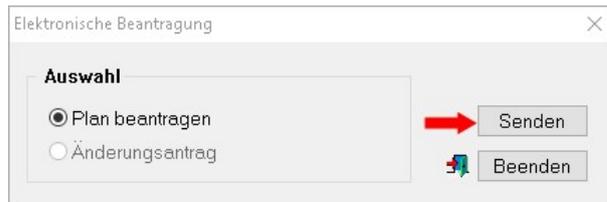
Die Regelungen zum Genehmigungsverfahren haben sich durch die EBZ-Einführung in Ihrem KZV-Bereich nicht geändert.

Laut gesetzlicher Vorgabe ist das Senden eines Antrages nur einmal zulässig.

Nach dem Senden können Sie an dem gesendeten Plan keine Änderungen mehr vornehmen. Sind Änderungen erforderlich, müssen Sie über den Button |Änderungsantr.| einen Änderungsantrag erstellen.

1. Für das Senden eines Antrages klicken Sie auf den Button |eAntrag senden|. Es öffnet sich dieses Auswahlfenster:

5. Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch



Bei einem Antrag, der noch nicht gesendet wurde, ist automatisch nur die erste Funktion |Plan beantragen| aktiv.

2. Damit der Antrag an die Kasse gesendet wird, muss Ihr HBA im Kartenlesegerät gesteckt sein.
3. Klicken Sie auf |Senden|. Je nach Einstellung in Ihrer Praxis erfolgt das Signieren per Komfortsignatur oder Direktsignatur. (Siehe auch Punkt 1.1).
4. Am Bildschirm erhalten Sie im Fenster |Elektronische Beantragung| folgende Bestätigung:



Die Krankenkasse wird den übermittelten Antrag bearbeiten und Ihnen eine Antwort senden. Die Beantwortung erfolgt wie bei den HKP-Plänen (siehe Kapitel 3.7).

5.4 eAntrag (KGL/KBR) abrechnen

Öffnen Sie für einen KGL/KBR-Antrag die Abrechnung, erhalten Sie folgende Anzeige:

5. Kiefergelenkerkrankungen/Kieferbruch

Kiefergelenkerkrankung / Kieferbruch

10 Meier, Michael *27.12.1977 (M)
3 VDA3NR

Arzt 1 Datum 27.10.22
Erfasser CF Hauptplan
Plan 128 Genehmigt am 27.10.22
Rg-Nr 0 Rg-Datum 06.11.22

Behandlungsplan für
 Kiefergelenkerkrankung
 Kieferbruch Unfall

Planung Abrechnung

Geplante Leistungen ①

Datum	Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte
01.09.22	1	2	20
27.10.22	1	K1	106

Summe Punkte 126
x Punktwert 1,0996
= Betrag 138,55

Nachträgliche Leistungen ②

Datum	Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte
07.11.22	1	K7	6

Gesamtsumme Punkte: 132
x Punktwert 1,0996
= Gesamtbetrag 145,15

Elektronische Beantragung
Plan-Identifikation 36 009999 22710 KG-CF 247:000000330 00
Status 30 - genehmigt
Status-Info / Antwort-Begründung
Plan von Kasse genehmigt
Beantragungsverlauf anzeigen
Änderung von Plan geändert mit Plan

Abrechnung

1	Zahnärztl.Honorar	145,15
2a	Fremdlabor	0,00
2b	Fremdlabor	0,00
3	Eigenlabor	101,66
4	Abformmaterial	2 * 3,00
5	Versandkosten	0 * 0,00
6	Gesamtkosten	252,81

Behandlungsende 07.11.22

Abrechnungs-Status
 Labor abgerechnet
 Plan abgerechnet ③

beantragte Lstgen ①
nachträgl.Lstgen ②
Texte
Eigenlabor-Plan
Eigenlabor-Rg
Fremdlabor

Arzt etc. Sonstiges Löschen Änderungsantr. eAntrag senden Drucken OK

a) Neu: geplante und nachträgliche Leistungen

Neu ist, dass es jetzt eine Anzeige der geplanten Leistungen ① und der nachträglichen Leistungen ② gibt.

Die beantragten Leistungen wurden an die Krankenkasse übermittelt und dürfen nach dem Senden nicht mehr geändert werden.

Sind nachträgliche Leistungen angefallen, können Sie diese über den dazugehörigen Button eingeben.

Unterhalb des Fensters für die nachträglichen Leistungen werden die Gesamtsummen für beantragte und nachträgliche Leistungen angezeigt.

b) Plan abgerechnet – Drucken ja/nein?

Für den EBZ-Antrag gibt es keinen Ausdruck einer Abrechnungsseite.

Achten Sie bitte darauf, dass Sie das Häkchen bei „Plan abgerechnet“ ③ setzen, damit der Antrag bei der DTA-Monatsabrechnung berücksichtigt wird:

5. Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch

Abrechnungs-Status

Labor abgerechnet

Plan abgerechnet **3**

Möchten Sie weiterhin für Ihre Unterlagen einen Ausdruck erstellen/archivieren, können Sie über |Drucken| weiterhin die Funktion |Abrechnungsseite – Gesamtdruck| nutzen:

Drucken

Druckauswahl

Planung

Abrechnungsseite

Gesamtdruck

Druck der Planungsdaten

Druck der Abrechnungsdaten

KVK-Kopf drucken

Druck auf Blanko

EBZ-Formular

Karteiprotokoll

Dokumentenarchiv

drucken

archivieren

Microsoft Print to PDF

Drucken

Abbrechen

Druckerwechsel

Konfig.übernehmen

6. Was sind Stylesheets?

Stylesheets sind das Format für den Ausdruck der neuen elektronischen Pläne auf Papier.

Sie werden immer dann eingesetzt, wenn aufgrund eines Technikausfalls die neuen Pläne nicht elektronisch an die Krankenkassen übermittelt werden können.

7. Das kommt noch

7.1 Hinweis zum Speichern von Protokolltexte in der Patientenakte

Das Speichern der Protokolltexte für die elektronischen Sendevorgänge (Anträge und Mitteilungen) erhalten Sie mit einem späteren Update. Zurzeit können wir Ihnen hier noch keinen Termin nennen.

Geschäftsführer
Hans Georg Schilling
Registergericht Pinneberg HRB 1529 EL
Steuernummer: 18 / 294 / 06653
USt-IdNr. DE 134 847 405

Telefon / Fax / Internet
Fon: +49 - (0) - 4121 - 2380
Fax: +49 - (0) - 4121 - 20336
www.dental-vision.de
info@dental-vision.de

Bankverbindung
VR Bank in Holstein eG
IBAN DE44 2219 1405 0017 0830 90
BIC GENODEF1PIN

ortho **Express**
dental **Express**
e **timer**
e **Archiv**