

AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN

zum Tarifvertrag betreffend Erbringung und Abgeltung ambulanter, interdisziplinärer, nicht-ärztlicher Leistungen in der Neurorehabilitation und in der muskuloskelettalen Rehabilitation

Art. 1 Zustimmung des Versicherers

Die zu erbringenden Rehabilitationsleistungen und die dafür erforderlichen Behandlungstage sind auf dem Begründungs- und Kostengutspracheformular (Anhang 5) zu beantragen. Der Antrag auf Kostengutsprache darf 15 Behandlungstage für die erste Behandlungsserie nicht überschreiten. Die 15 Behandlungstage müssen innerhalb von 3 Monaten erbracht werden. Vorbehalten bleiben besondere Abmachungen zwischen Institutionen und Versicherern.

Art. 2 Rechnungsstellung

¹ Die Rechnungsstellung kann nach jeder Behandlungsserie oder nach Behandlungsabschluss erfolgen.

- ² Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:
- a.) Name und Adresse der Institution mit EAN-Nummer und ZSR-Nummer
 - b.) Name, Vorname, Adresse, EAN- und ZSR-Nummer des verordnenden Arztes
 - c.) Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Versicherten-/Unfall-/NIF-Nummer des Patienten
 - d.) Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall oder Invalidität)
 - e.) Kalendarium mit folgenden Angaben:
 - Behandlungsbeginn und Daten der Behandlungstage
 - Tarifiziffern und Anzahl Taxpunkte der Tagespauschale
 - Total Taxpunkte
 - Taxpunktwert
 - Totalbetrag der mit Taxpunkten bewerteten Tagespauschale
 - f.) Diagnose, bestehend aus dem ICD-10 Code (4stellig)
 - g.) Rechnungsdatum

Art. 3 Vergütungsregelung

¹ Die Versicherer verpflichten sich, die Rechnungen in der Regel innert 30 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen.

² Nicht verordnete bzw. von den Versicherern nicht genehmigte Leistungen werden nicht vergütet. Für versäumte Sitzungen ist dem Versicherten direkt Rechnung zu stellen.

Art. 4 Elektronische Datenübermittlung und elektronisches Rechnungsformular

¹ Die Abrechnung mit den Versicherern erfolgt in elektronischer Form. Ansonsten wird ein einheitliches Rechnungsformular verwendet.

² Die inhaltliche und technische Umsetzung erfolgt auf Basis der gemeinsam erarbeiteten Standards und Richtlinien im Rahmen des Forums Datenaustausch (im Folgenden Forum genannt).

³ Anwendbar ist die jeweils gültige, vom Forum genehmigte Version der Standards und Richtlinien. (<http://www.forum-datenaustausch.ch>).

Art. 5 Mitteilungen an den Versicherer

Alle Mitteilungen an den Versicherer müssen Informationen über die versicherte Person (Versicherungsnummer, Name und Vorname, Geburtsdatum und Wohnort) sowie die Bezeichnung des zuständigen Versicherers enthalten.

Art. 6 Nichtmitglieder

- ¹ Um die im Zusammenhang mit der Erarbeitung und der Ausführung des Vertrages zwischen den Institutionen und den Versicherern entstehenden Kosten zu finanzieren, wird von den im Sinne von Art. 3 Abs. 3 des Tarifvertrages beitragsberechtigten Nichtmitgliedern von H+ eine Beitrittsgebühr und ein jährlicher Kostenbeitrag verlangt.
- ² Die Beitrittsgebühr pro Institution beträgt CHF 1000 und ist mit der Beitrittserklärung zu entrichten.
- ³ Der jährliche Kostenbeitrag pro Institution beträgt CHF 300 und gilt ab dem zweiten Vertragsjahr.
- ⁴ Die Beitrittsgebühr und der jährliche Kostenbeitrag sind im Voraus zu bezahlen und werden fällig mit dem Einreichen der Beitrittserklärung resp. zu Beginn eines Kalenderjahres.
- ⁵ Die Beitrittsgebühr und der jährliche Kostenbeitrag sind innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen.
- ⁶ Bei Nichtbezahlung der Beiträge sind die Versicherer nicht leistungspflichtig.
- ⁷ Die Vertragspartner richten via Sekretariat PVK für die Eingänge der Beiträge von Nichtmitgliedern ein gemeinsames Konto ein.
- ⁸ Die Beiträge der Nichtmitglieder werden zweckgebunden für die Aufwendungen in Zusammenhang mit den Tätigkeiten des Sekretariates PVK und dem Tarifvertrag verwendet.
- ⁹ Zuständiges Organ für die Festsetzung der Höhe der Beiträge von Nichtmitgliedern und deren Verwendung ist die Paritätische Vertrauenskommission (PVK).
- ¹⁰ Zuständig für das Inkasso ist das Sekretariat der PVK.
- ¹¹ Bis Ende Februar überreicht das Sekretariat der PVK den Vertragsparteien die Abrechnung des vergangenen Jahres.
- ¹² Die Vertragspartner haben jederzeit ein Kontrollrecht.

Art. 7 Tarifadministration

Für die Tarifadministration (Druck/Versand/Übersetzungen/Aktualisierungen/etc.) ist die Zentralstelle für Medizinaltarife zuständig. Die daraus entstehenden Kosten werden den Empfängern in Rechnung gestellt.

Art. 8 Datenschutz

Die Vertragsparteien verpflichten sich sicherzustellen, dass bei Übermittlung und Verwendung der Daten und der elektronischen Rechnungsstellung die gesetzlichen Bestimmungen betreffend Datenschutz eingehalten werden.