

## 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

<sup>1</sup> Die Rechnungsstellung kann nach jeder Behandlungsserie oder nach Behandlungsabschluss erfolgen.

- <sup>2</sup> 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

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

<sup>2</sup> 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

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

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

<sup>3</sup> 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**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Die Beitrittsgebühr pro Institution beträgt CHF 1000 und ist mit der Beitrittserklärung zu entrichten.

<sup>3</sup> Der jährliche Kostenbeitrag pro Institution beträgt CHF 300 und gilt ab dem zweiten Vertragsjahr.

<sup>4</sup> Die Beitrittsgebühr und der jährliche Kostenbeitrag sind im Voraus zu bezahlen und werden fällig mit dem Einreichen der Beitrittserklärung resp. zu Beginn eines Kalenderjahres.

<sup>5</sup> Die Beitrittsgebühr und der jährliche Kostenbeitrag sind innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen.

<sup>6</sup> Bei Nichtbezahlung der Beiträge sind die Versicherer nicht leistungspflichtig.

<sup>7</sup> Die Vertragspartner richten via Sekretariat PVK für die Eingänge der Beiträge von Nichtmitgliedern ein gemeinsames Konto ein.

<sup>8</sup> Die Beiträge der Nichtmitglieder werden zweckgebunden für die Aufwendungen in Zusammenhang mit den Tätigkeiten des Sekretariates PVK und dem Tarifvertrag verwendet.

<sup>9</sup> Zuständiges Organ für die Festsetzung der Höhe der Beiträge von Nichtmitgliedern und deren Verwendung ist die Paritätische Vertrauenskommission (PVK).

<sup>10</sup> Zuständig für das Inkasso ist das Sekretariat der PVK.

<sup>11</sup> Bis Ende Februar überreicht das Sekretariat der PVK den Vertragsparteien die Abrechnung des vergangenen Jahres.

<sup>12</sup> 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.