Versicherungsnummer

Absender

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

Stempel des Leistungsanbieters

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland
99117 Erfurt

Abrechnung des Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Angaben zur Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom _____ bis _____

☐ Erstgespräch **persönlich** in der ☐ ambulanten/ ☐ stationären Rehabilitationseinrichtung

☐ Erstgespräch **per Telefon oder Videogespräch**

☐ Das Fallmanagement wurde erfolgreich beendet am _____

☐ Das Fallmanagement wurde abgebrochen am _____

Die Erstattung der zusätzlichen Pauschale für das Erstgespräch erfolgt ausschließlich bei stationären Rehabilitationsleistungen und nur soweit das Erstgespräch in der Rehabilitationseinrichtung stattgefunden hat.

Erstgespräch (zusätzliche Pauschale) _____ EUR

Kostensatz pro Minute _____ EUR x Dauer Erstgespräch _____ Minuten
(siehe Teilnahmenachweis G4985-09)
= minutengenauer Betrag des Erstgesprächs _____ EUR

Kostensatz pro Minute _____ EUR x Summe der Gesprächsminuten _____
(siehe Teilnahmenachweis G4985-09)
= minutengenauer Betrag für Termine/sonstige Beratung _____ EUR

Ausfertigung für die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

G4984-09
Version 012023

Versicherungsnummer | Absender | MSAT / MSNR

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag auf die bekannte Bankverbindung unter Verwendung folgender/folgendem

Rechnungsnummer/Aktenzeichen: _____

Hinweise der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland

Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die **Abschlussdokumentation zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation** (G4987-09) und der **Teilnahmenachweis** (G4985-09) **diesem Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift, Stempel der Fallmanagerin/des Fallmanagers

Versicherungsnummer

Absender

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

Stempel des Leistungsanbieters

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland
99117 Erfurt

Abrechnung des Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsdatum
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom _____ bis _____

☐ Erstgespräch **persönlich** in der ☐ ambulanten/ ☐ stationären Rehabilitationseinrichtung

☐ Erstgespräch **per Telefon oder Videogespräch**

☐ Das Fallmanagement wurde erfolgreich beendet am _____

☐ Das Fallmanagement wurde abgebrochen am _____

Die Erstattung der zusätzlichen Pauschale für das Erstgespräch erfolgt ausschließlich bei stationären Rehabilitationsleistungen und nur soweit das Erstgespräch in der Rehabilitationseinrichtung stattgefunden hat.

Erstgespräch (zusätzliche Pauschale) _____ EUR

Kostensatz pro Minute _____ EUR x Dauer Erstgespräch _____ Minuten
(siehe Teilnahmenachweis G4985-09)
= minutengenauer Betrag des Erstgesprächs _____ EUR

Kostensatz pro Minute _____ EUR x Summe der Gesprächsminuten _____
(siehe Teilnahmenachweis G4985-09)
= minutengenauer Betrag für Termine/sonstige Beratung _____ EUR

Ausfertigung für die Fallmanagerin/den Fallmanager

Versicherungsnummer | Absender | MSAT / MSNR

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag auf die bekannte Bankverbindung unter Verwendung folgender/folgendem

Rechnungsnummer/Aktenzeichen: _____

Hinweise der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland

Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die **Abschlussdokumentation zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation** (G4987-09) und der **Teilnahmenachweis** (G4985-09) **diesem Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Fallmanagerin/des Fallmanagers