

ADH Abrechnungszentrum GmbH - Postfach 11 51 - 26851 Papenburg

EINWURF/EINSCHREIBEN

ADH Abrechnungszentrum für
Heilmittelerbringer GmbH
Postfach 11 51
26851 Papenburg

← wenn Versandoption nicht gewünscht, bitte streichen

Sie haben Fragen? Rufen Sie uns an.
Tel.: (0 49 61) 77 88 900

Begleitschein

Praxisname / Inhaber (Stempel): _____

IK oder Kundennummer (Pflichtangabe): _____

Anzahl eingereicherter Verordnungen zur Abrechnung (optional):

_____ VO ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Podologie ☐ Physiotherapie

_____ VO ☐ Privatrezepte

Auszahlungswunsch nach Kalendertagen (KT):

Beachten Sie bitte die entsprechenden Abrechnungshonorare (s. Gebührenverzeichnis). Für alle Auszahlungen gilt als Berechnungsgrundlage das Eingangsdatum im ADH Abrechnungszentrum (bis 12:00 Uhr). Für Abrechnungen, die nach 12:00 Uhr eingehen, gilt als Eingangsdatum der nächste Arbeitstag. // Hinweis zur Auszahlung: Da an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen (Bundesland Niedersachsen) weder geschäftsinterne Dispositionen noch Bankbuchungen durchgeführt werden, verschieben sich Auszahlungen, die auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fallen, automatisch auf den nächsten Bankarbeitstag.

☐ nach 28 KT ☐ nach 21 KT* ☐ nach 14 KT ☐ nach 4 KT ☐ nach 2 KT ☐ nach 1 KT*

* Für die neuen Auszahlungsvarianten gelten bereits ab sofort die Gebühren aus dem neuen Gebührenverzeichnis.

Servicewunsch:

☐ Bitte neue Adressaufkleber zuschicken.

☐ Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift

Kontrollfeld (wird durch ADH ausgefüllt)

Kundennummer (10-): _____

Kassenrezepte: _____

Privatrezepte: _____

Rückläufer: _____

erfasste Rezepte: _____

zus. NB/W/VO ZE: _____

Sendungseingang: _____

Uhrzeit (nach 12:00 Uhr): _____

wenn nicht Postfach: ☐ BK ☐ Bote ☐ persönlich

☐ RA verarbeitet

ReNr.: _____

MA: _____