

Antrag auf sachliche und rechnerische Richtigstellung																											
Rechnungsnummer: RS-1-64-64123-3/17																											
Legende:																											
Daten aus EFN = gelb unterlegt																											
Angaben des Kostenträgers = grau unterlegt																											
Angaben der KVB = rosa unterlegt																											
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	
M	M	M	K	K	M	M	M	M	M	M	K	M	M	M	K	M	K	K	K	K	K	M	K	K	K	K	
Lfd. Nr.	KNR	Kostenträgeruntergruppe - KTU- (entsp. csv-Datei)	Vorgangsnummer Kostenträger	LANR	BSNR (9-stellig)	Versichertennummer	Vers.-Name	Vers.-Vorname	Vers.-Geb.-Datum im Format TT.MM.JJJJ	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ	Scheinquartal im Format JJJJQ	beanstandetes Behandlungsdatum im Format TT.MM.JJJJ	beanstandeter Behandlungszeitraum bis im Format TT.MM.JJJJ	Korrekturgrund	Zusätzliche Erläuterung Korrekturgrund	Anforderungsbetrag in € (lt. Einzelfallnachweis)	Bearbeiter Kostenträger	Anlage Kostenträger	KNR zuständiger Kostenträger im Format 00000	Name zuständiger Kostenträger	Platzhalter 1	Platzhalter 2	Bearbeitungsergebnis KVB (S, A, T)	Begründung des Bearbeitungsergebnisses durch KVB	Anlage KVB	Berücksichtigung im RB JJJJQ	
	63888	06	ggf. befüllen	xxxxxxx	63xxxxxx	xxxxxxxxxx	Muster	Hans	15.03.1955	20173	20173	15.09.2017	29.09.2017	kein Leistungsanspruch/GKV Mitglied	Übernahme der Leistungen vom 07.07.2017 bis 09.09.2017. Wechsel in 71101 GKV erfolgte zum 15.09.2017				71101	AOK Bayern							
1																											
2	64888	16	ggf. befüllen	xxxxxxx	63xxxxxx	xxxxxxxxxx	Mustermann	Helga	31.02.1990	20173		20.09.2017		Wechsel der Zuständigkeit		12,50 €			09999	LRA XY							
3	71111	01	ggf. befüllen	xxxxxxx	64xxxxxx	xxxxxxxxxx	Musterfrau	Susanne	11.12.1977	20173		02.08.2017	15.08.2017	Patientenerklärung Europ. KV/Kopie EHIC/PEB fehlt		53,20 €											
4	02555	02	ggf. befüllen	xxxxxxx	65xxxxxx	xxxxxxxxxx	Muster	Andrea	25.02.1999	20173		31.07.2017		Mitglied	Vers.nr. XY123456789	60,00 €											
5	27123	10	ggf. befüllen	xxxxxxx	66xxxxxx	xxxxxxxxxx	Muster	Tom	07.09.1944	20173		12.09.2017		Pat. verstorben		75,00 €											
6	89111	18	ggf. befüllen	xxxxxxx	67xxxxxx	xxxxxxxxxx	Mustermann	Thomas	05.08.1989	20173		02.07.2017	25.08.2017	kein Mitglied		88,00 €											
7	18777	17	ggf. befüllen	xxxxxxx	67xxxxxx	xxxxxxxxxx	Muster	Julia	15.05.1944	20173	20171	02.02.2017	25.02.2017	kein Behandlungsschein ausgestellt		56,50 €											
8	19999	17	ggf. befüllen	xxxxxxx	68xxxxxx	xxxxxxxxxx	Muster	Anna	13.03.1988	20173		13.09.2017		kein Leistungsanspruch/keine Zuständigkeit		88,12 €			23852	SHV Stadt XY							
9	20222	17	ggf. befüllen	xxxxxxx	69xxxxxx	xxxxxxxxxx	Musterfrau	Max	12.03.1967	20173		11.07.2017		kein Leistungsanspruch/keine Zuständigkeit		76,36 €											
10	78965	17	ggf. befüllen	xxxxxxx	70xxxxxx	xxxxxxxxxx	Muster	Moritz	15.08.1981	20173		22.08.2017		kein Leistungsanspruch/keine Zuständigkeit		112,00 €											