

ACCU-CHEK SOLO MUSTERREZEPTE



Stellen Sie Ihren Patient:ien für die Versorgung mit dem Accu-Chek Solo Mikropumpensystem die Rezepte ganz einfach nach den aufgeführten Musterrezepten **1** und **2** aus.

Senden Sie die Rezepte an unsere Kollegen im Versorgungsmanagement. Alternativ können die Rezepte bei einem Diabetesfachhändler Ihre Wahl eingereicht werden.

Rückumschläge erhalten Sie von Ihren betreuenden Außendienstmitarbeitenden.

✉ Roche Diabetes Care Deutschland GmbH
Postfach 1167
15201 Frankfurt

@ manheim.versorgungsmanagement@roche.com

1

Gebühr frei		Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Hilfsmittel-BVG		Impl.-stoff		Spr.-St.-Beitrag		Begr.-Pflicht		Apotheken-Nummer/KK	
Geb.-pflicht.		MUSTER				Zuzahlung		Gesamt-Brutto							
noctu				Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
Sonstige		Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		1. Verordnung							
Unfall		Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		2. Verordnung							
Arbeitsunfall		Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		3. Verordnung							
		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztstempel	
<input type="checkbox"/> auf idem		Accu-Chek Solo Systemkit													
<input type="checkbox"/> auf idem		<input type="checkbox"/> mg/dL													
<input type="checkbox"/> auf idem		<input type="checkbox"/> Erstversorgung													
<input type="checkbox"/> auf idem		Diagnose: ...													
		Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Abgabedatum in der Apotheke								Unterschrift des Arztes	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer													

Hilfsmittel-BVG		Impl.-stoff		Spr.-St.-Beitrag		Begr.-Pflicht		Apotheken-Nummer/KK	
Zuzahlung		Gesamt-Brutto							
Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe					
1. Verordnung									
2. Verordnung									
3. Verordnung									
		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						Vertragsarztstempel	
<input type="checkbox"/> auf idem		Verbrauchsmaterialien für das Accu-Chek Solo Mikropumpensystem							
<input type="checkbox"/> auf idem		Kanülenlänge		<input type="checkbox"/> 6 mm		<input type="checkbox"/> 9 mm			
<input type="checkbox"/> auf idem		Zeitraum		<input type="checkbox"/> 6 Monate		<input type="checkbox"/> 12 Monate			
<input type="checkbox"/> auf idem		Diagnose: ...							
		Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							