

Johnson&Johnson

Wichtige Information für Privatversicherte

Janssen-Cilag GmbH
innovativemedicine.jnj.com/germany

Mat.-Nr. 100122181 | CP-520282 | Stand 03/2025

Alternative Möglichkeit der Abrechnung von Privatrezepten für hochpreisige Medikamente

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die meisten Verträge mit den privaten Krankenversicherern sehen vor, dass Rezepte bei der Einlösung in der Apotheke vom Patienten direkt bezahlt werden. Diese können dann an den Versicherungsträger geschickt und schließlich von diesem an den Patienten rückerstattet werden.

Bis zur Rückerstattung durch die private Krankenversicherung vergeht jedoch eine gewisse Bearbeitungszeit. Das kann vor allem bei hochpreisigen Rezepten ein Problem sein.

Manche private Krankenversicherung hat auf diese Situation reagiert und bietet über einen Vertrag mit dem deutschen Apothekerverband (DAV) für solche Medikamente bereits eine Erstattungslösung an. Über eine Abtretung des Rückerstattungsanspruchs des Patienten gegen seine Versicherung an die Apotheken wird so eine Direktabrechnung zwischen Versicherung und Apotheke ohne Vorleistung des Patienten ermöglicht.

Sofern Ihre private Krankenversicherung keinen derartigen Service anbietet, und Ihnen dafür spezielle Formulare bereitstellt, möchten wir Ihnen als privat versicherten Patienten nachfolgend eine Möglichkeit aufzeigen, die Auslage bei hohen Rechnungsbeträgen soweit möglich zu vermeiden.

Die einfachste Lösung besteht in der Erteilung einer Abtretungserklärung an Ihre Apotheke, mit der Sie Ihre Erstattungsforderung gegen Ihre Krankenversicherung auf Ihre Apotheke übertragen (siehe beigefügtes Formular 1 – Teil I). In einer weiteren Erklärung ermächtigen Sie Ihre Krankenversicherung, fällige Zahlungen aus Rezepten mit schuld-befreiender Wirkung, direkt an Ihre Apotheke zu leisten (siehe beigefügtes Formular 2). Dazu füllen Sie bitte die beiliegenden Formulare aus und übergeben das eine Formular Ihrer Apotheke, möglichst mit dem Namen des Sachbearbeiters Ihrer Krankenversicherung, und das andere direkt an Ihre Krankenversicherung. Ihre Apotheke wird sich dann mit Ihrer Krankenversicherung in Verbindung setzen und sich um die Genehmigung der direkten Abrechnung zwischen Apotheke und Krankenversicherung bemühen. Bitte geben Sie in Ihrer Apotheke unbedingt eine Telefonnummer an, unter der Sie kurzfristig zu erreichen sind: es kann nämlich sein, dass Ihre Krankenversicherung dieser Abtretung widerspricht, weil sie sie in ihren Geschäftsbedingungen ausgeschlossen hat.

In solchen Fällen sollten Sie Ihre Apotheke fragen, ob fällige Zahlungen auf dem Wege einer Kreditkartenabbuchung oder einer Lastschriftermächtigung beglichen werden können, so dass Sie bis zur Abbuchung Zeit für die Einreichung bei Ihrer Krankenversicherung haben.

Um Ihnen diesen Service zu ermöglichen, benötigt Ihre Apotheke personenbezogene Daten (siehe auszufüllendes Formular 1, Teil II). Diese können neben den Angaben zur Person und privaten Krankenversicherung auch Gesundheitsdaten enthalten, die die Apotheke nur zum Zwecke der Abwicklung dieses Services erhebt, verarbeitet und nutzt.

Bevollmächtigung und Abtretungserklärung für die Apotheke

Hiermit ermächtige ich widerruflich die

Name der Apotheke: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

alle fälligen Arzneimittelrechnungen, die sich aus meiner Behandlung mit dem verschreibungspflichtigen Arzneimittel TREMFYA® ergeben, und die von der genannten Apotheke an mich geliefert wurden, direkt mit meiner privaten Krankenversicherung, meinem Träger der Beihilfe oder einem gleichgestellten Kostenträger* in Krankheitsfällen, (Sonstige Kostenträger), abzurechnen.

Im Rahmen dieser Bevollmächtigung, sowie unter der Voraussetzung, dass meine private Krankenversicherung, Beihilfe oder sonstiger Kostenträger gegen diesen Abrechnungsweg keine Einwände hat, trete ich hiermit die mir diesbezüglich zustehenden Erstattungsforderungen gegen meine private Krankenkasse, Beihilfe oder sonstige Kostenträger an die oben genannte Apotheke ab.

** durch den eine Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausgeschlossen wird*

Versicherter Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ort, Datum

Unterschrift

Die Inhalte dieser Vorlage wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Die Janssen-Cilag-GmbH übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte.

Einwilligungserklärung des Versicherten in die Datenverarbeitung

Ich bin über das Verfahren zur Direktabrechnung der

Name der Apotheke: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

mit der PKV/dem Kostenträger umfassend informiert worden und möchte an diesem Verfahren teilnehmen.

Für die Direktabrechnung der oben genannten Apotheke mit meiner PKV/meinem Kostenträger ist die Übermittlung von Abrechnungsdaten an meine PKV/meinen Kostenträger zur Prüfung der Leistungspflicht sowie des Abrechnungsergebnisses an die obengenannte Apotheke notwendig.

Ich bin damit einverstanden, dass

- die obengenannte Apotheke dieses ausgefüllte Formular sowie die von mir vorgelegten Rezepte, auch soweit Gesundheitsdaten enthalten sind, zur Direktabrechnung an meine PKV/meinen Kostenträger übermittelt,
- die obengenannte Apotheke von meiner PKV/meinem Kostenträger über die tariflich mögliche Erstattung und das Abrechnungsergebnis informiert wird.

Zu diesem Zweck entbinde ich den/die Apotheker(in) _____ als Inhaber(in) der oben genannten Apotheke und dessen/deren Mitarbeiter sowie die Angehörigen meiner PKV/meines Kostenträgers und die für meine PKV/meinen Kostenträger tätigen Geheimnisverpflichteten von ihrer Schweigepflicht und willige in die erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung ein.

Die vorstehenden Erklärungen sind freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen. Im Falle des Widerrufs ist eine Direktabrechnung nicht möglich.

Versicherter Name, Vorname _____

Telefon _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Die Inhalte dieser Vorlage wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Die Janssen-Cilag-GmbH übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte.

Formular 2

Bevollmächtigung und Abtretungserklärung für die PKV/den Kostenträger

Informationen zum Versicherten

Vorname/Nachname: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefon (für Rückfragen): _____

Hiermit ermächtige ich widerruflich meine unten genannte private Krankenversicherung/den unten genannten Kostenträger, alle fälligen Arzneimittelrechnungen, die sich aus meiner Behandlung mit dem verschreibungspflichtigen Arzneimittel TREMFYA® ergeben, und die von der unten genannten Apotheke an mich geliefert wurden, mit schuldbefreiender Wirkung, direkt mit der unten genannten Apotheke abzurechnen und fällige Zahlungen zu leisten.

Dies gilt nur, soweit die dazugehörenden Erstattungsforderungen durch mich wirksam an die unten genannte Apotheke abgetreten wurden.

Ort, Datum

Unterschrift

Informationen zum Versicherungs-/Kostenträger

Name der PKV/des Kostenträgers

Straße

PLZ, Ort

Informationen zur Apotheke

Name der Apotheke

Straße

PLZ, Ort

Name des/der Inhabers(-in)

Die Inhalte dieser Vorlage wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Die Janssen-Cilag-GmbH übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte.