

Rückforderungsbeleg

Release V4.5G/de

Dokument	Identifikation	1508662056783015701093 14.11.2023 10:41:		Seite:	1
Rechnungs-stellerin	GLN-Nr.(B)		Kristina Baltic	E-Mail:	info@casa-vital.ch
	ZSR-Nr.(B)	H095360	Überlandstrasse 111 8600 Dübendorf	Tel:	+41448200022
Leistungs-erbringerin	GLN-Nr.(P)		Kristina Baltic	E-Mail:	info@casa-vital.ch
	ZSR-Nr.(P)	H095360	Überlandstrasse 111 8600 Dübendorf	Tel:	+41448200022
Patientin / Klientin	Name	Chmelikova			
	Vorname	Adela			
	Strasse	Zwirnerstrasse 27			
	PLZ	8304			
	Ort	Wallisellen			
	Geburtsdatum	04.04.1997		Adela Chmelikova Zwirnerstrasse 27 8304 Wallisellen	
	Geschlecht	F			
	Falldatum				
	Fall-Nr.				
	AHV-Nr.				
	VEKA-Nr.				
	Versicherten-Nr.				
	Kanton	ZH			
	Kopie	Nein		KoGu-Datum/-Nr.	
	Vergütungsart	TG		Rechnungs-Datum/-Nr. 14.11.2023 / 2056-962	
	Gesetz	VVG			
	Behandlung	14.11.2023 - 14.11.2023			
	Behandlungsart	ambulant			
	Behandlungsgrund	Krankheit			
	Betriebs-Nr./-Name				
Rolle / Ort	Komplementärmedizin · Praxis				
Zuweiserin	GLN/ZSR/Name				
Diagnose					
GLN-Liste					
Bemerkung					

Datum	Tarif	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP	AL/Preis	f	AL	TPW	AL	TP	TL	f	TL	TPW	TL	AVPM	Betrag
14.11.2023	590	1134			1	12.00		8.333			1.00								0	100.00
Reflexzonentherapie, pro 5 Minuten																				



Code	Satz	Betrag	MwSt	MWSt.-Nr.	Gesamtbetrag:	100.00
0	0.0	100.00	0	Währung: CHF	davon PFL:	100.00
1	2.5	0.00	0		Rechnungsbetrag:	100.00
2	7.7	0	0			

Dokument	Identifikation	1508662056783015701093 14.11.2023 10:41:		Seite:	1
Rechnungs-stellerin	GLN-Nr.(B)		Kristina Baltic	E-Mail:	info@casa-vital.ch
	ZSR-Nr.(B)	H095360	Überlandstrasse 111 8600 Dübendorf	Tel:	+41448200022
Leistungs-erbringerin	GLN-Nr.(P)		Kristina Baltic	E-Mail:	info@casa-vital.ch
	ZSR-Nr.(P)	H095360	Überlandstrasse 111 8600 Dübendorf	Tel:	+41448200022
Patientin / Klientin	Name	Chmelikova			
	Vorname	Adela			
	Strasse	Zwirnereistrasse 27			
	PLZ	8304			
	Ort	Wallisellen			
	Geburtsdatum	04.04.1997		Adela Chmelikova	
	Geschlecht	F		Zwirnereistrasse 27	
	Falldatum	8304 Wallisellen			
	Fall-Nr.				
	AHV-Nr.				
	VEKA-Nr.				
	Versicherten-Nr.				
	Kanton	ZH			
	Kopie	Ja		KoGu-Datum/-Nr.	
	Vergütungsart	TG		Rechnungs-Datum/-Nr. 14.11.2023 / 2056-962	
	Gesetz	VVG			
	Behandlung	14.11.2023 - 14.11.2023			
	Behandlungsart	ambulant			
	Behandlungsgrund	Krankheit			
	Betriebs-Nr./-Name				
Rolle / Ort	Komplementärmedizin · Praxis				
Zuweiserin	GLN/ZSR/Name				
Diagnose					
GLN-Liste					
Bemerkung					

Datum	Tarif	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP	AL/Preis	f	AL	TPW	AL	TP	TL	f	TL	TPW	TL	AVPM	Betrag
14.11.2023	590	1134		1		12.00		8.333			1.00								0	100.00
Reflexzonentherapie, pro 5 Minuten																				

