**Anlage 4a: Nachberechnung der Ausgleichsansprüche für den Zeitraum vom 18.11.2020 bis zum 31.01.2021**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung** **(Name, Anschrift)** |  |
| **Ansprechpartner** **(Name, E-Mailadresse, Telefonnummer)** |  |
| **IK** |  |
| **IBAN** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.** |  |  |
| **1** | **Durchschnittlicher Vergütungssatz nach Anlage 2 der Vereinbarung**  |  |
| **2** | **Vergütungserhöhung zum xx.xx.2020 (in Prozent)** **Nachberechnungszeitraum xx.xx.2020 – 31.01.2021**  |  |
| **3** | **Belegungsanteil von Patienten der von der Vergütungserhöhung betroffenen Krankenkasse(n) im ersten Quartal 2020** **(in Prozent)**  |  |
| **4** | **Erhöhung des durchschnittlichen Vergütungssatzes (in €)** (= Durchschnittlicher Vergütungssatz nach Anlage 2 der Vereinbarung x Prozentsatz der Vergütungserhöhung x Prozentsatz des Belegungsanteils; gerundet auf 2 Nachkommastellen)  |  |
| **5** | **Durchschnittlicher Vergütungssatz ab xx.xx.2020** (= Betrag nach Zeile 1 + Betrag nach Zeile 4)  |  |
| **6** | **Anzahl der im Nachberechnungszeitraum geltend gemachten fehlenden Belegungstage** (= Referenzwert – patientenbezogene Belegungstage) **gem. Anlage 3 Nr. 4 der Vereinbarung**  |  |
| **7** | **Ausgleichsbetrag für den Zeitraum vom xx.xx.2020 bis zum 31.01.2021** (= Durchschnittlicher Vergütungssatz nach Ziffer 5 x 50% x Anzahl der Differenzwerte nach Nr. 6; gerundet auf 2 Nachkommastellen)  |  |
| **8** | **Bereits erhaltene Ausgleichszahlungen für den Nachberechnungszeitraum** (= Durchschnittlicher Vergütungssatz nach Nummer 1 x 50% x Anzahl der fehlenden Belegungstage nach Nr. 6)  |  |
| **9** | **Nachberechnungsbetrag** (= Betrag nach Nr. 7 abzüglich des Betrages nach Nr. 8)  |  |

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name:

Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift: