

Teilnahmeerklärung Anästhesie

| | |
|---------------------|----------------------|
| Nachname | <input type="text"/> |
| Vorname | <input type="text"/> |
| LANR | <input type="text"/> |
| BSNR | <input type="text"/> |
| Straße & Hausnummer | <input type="text"/> |
| PLZ und Ort | <input type="text"/> |
| Telefon | <input type="text"/> |
| Fax | <input type="text"/> |
| E-Mail | <input type="text"/> |
| Bank | <input type="text"/> |
| Kontoinhaber | <input type="text"/> |
| IBAN | <input type="text"/> |
| BIC | <input type="text"/> |

Hiermit erkläre ich mich mit folgenden Bedingungen einverstanden:

- Im Rahmen der Abrechnung des § 140a -Vertrages können operierende Vertragsteilnehmer Teile ihres Honorars an mich abtreten. MEDIVERBUND kann dieses Honorar nur dann an mich weiterleiten, wenn der Vertragsteilnehmer die Leistungen abgerechnet hat und diese durch die AOK/Bosch BKK vergütet wurden.
- Die Honorarabtretung muss vom Vertragsteilnehmer (Operator) erfolgen.
- Korrekturen müssen ebenso durch den Vertragsteilnehmer (Operator) erfolgen.
- Die Verwaltungskosten gemäß § 140a-Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Abrechnungen eines Operators, der nicht Mitglied des MEDI Baden-Württemberg e.V. oder eines anderen kooperierenden Berufsverbandes ist, werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Da kein eigenes Vertragsverhältnis des Anästhesisten mit der MEDIVERBUND AG begründet wird, wird der Verwaltungskostenprozentsatz des Operators erhoben.
- Bei Versicherten, die situativ abgerechnet wurden (=Versicherte, die zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind und eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben) kann bei nicht erfolgter Einschreibung in das Facharztprogramm ein Honorarabzug in Höhe von 15 % erfolgen.
- Im Falle von Korrekturen und Abzügen stimme ich einer Verrechnung mit anderen Honoraransprüchen zu.
- Im Falle von Überzahlungen (höhere Auszahlung als Honoraransprüche) werde ich die offenen Forderungen innerhalb einer gesetzten Frist von mindestens 14 Tagen begleichen.
- Die MEDIVERBUND AG ist zur ordnungsgemäßen Abwicklung darauf angewiesen, dass oben genannte Stammdaten (vor allem die Kontoverbindung) aktuell sind. Ich werde Änderungen meiner Stammdaten rechtzeitig mitteilen.

Datum, Unterschrift: _____