

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Abrechnung gem. Anlage 19 in Verbindung
mit §19 Abs. 3ff Facharztvertrag
Kardiologie**

per Post senden an:
MEDIVERBUND AG
Abrechnungsabteilung
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart

Behandlungsdatum: _____

Diagnose(n) inkl. Sicherheit: _____

Erbrachte Leistung (bitte ankreuzen):

	GOP-Ziffer	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Betrag
<input type="checkbox"/>	R1	Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe	402,00 €
<input type="checkbox"/>	R2	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress	450,00 €

Je Behandlungstag ist nur eine Leistung abrechenbar. Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Cardio-MRT Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anhang 3 zu Anlage 2 des Vertrags BKK.MeinFacharzt Modul Kardiologie.

Erläuterungen

1. Die Vertragspartner des Vertrags BKK.MeinFacharzt Modul Kardiologie haben vereinbart, dass mit Wirkung ab 01.07.2024 und vorerst befristet bis zum 31.12.2026 Radiologen diesen Vertrag beitreten können. Näheres ergibt sich aus § 31 und Anlage 18.
2. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen eines beigetretenen Radiologen erfolgt gegenüber der MEDIVERBUND AG mit diesem Abrechnungsbogen. Die Abrechnung muss die oben genannten Angaben enthalten. Die MEDIVERBUND AG rechnet die Leistungen mit der BKK VAG ab. Es gelten die in Anlage 18 vereinbarten Regelungen.
3. Gemäß Anlage 18 des Facharztvertrags Kardiologie ist die Abrechnung der radiologischen Leistungen durch den beigetretenen Radiologen auf die Durchführung seiner Leistungen im Zusammenhang mit einem Cardio-MRT gem. Anlage 2 Anhang 3 beschränkt.
4. Voraussetzung für die Abrechnung der radiologischen Leistungen ist das Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung gem. Anhang 3 zu Anlage 2 zwischen dem KARDIO-MRT-KARDIOLOGEN und dem beigetretenen Radiologen.
5. Der Abrechnungsbogen muss mit einer Originalunterschrift versehen werden und an die oben genannte Anschrift geschickt werden.

Ich bestätige die persönliche Leistungserbringung nach den oben genannten Regelungen und die Richtigkeit der Abrechnung der Leistungen auf diesem Abrechnungsbogen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel