

■ FORMULAR

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Regionalzentrum Koblenz
Abteilung Abrechnung
Fax 06131 326 - 327

ASV-Vollmacht

Ich beauftrage die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) gemäß § 116b Absatz 6 Satz 1 SGB V, die von mir erbrachten Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gegenüber den entsprechenden Krankenkassen abzurechnen.

Der Auftrag schließt die Einziehung der von den Krankenkassen zu leistenden Vergütung ein. Ich habe die dem Abrechnungsverfahren zugrunde liegenden ASV-Abrechnungsbedingungen der KV RLP zur Kenntnis genommen und lasse sie gegen mich gelten. Mir ist bekannt, dass sich die ASV-Abrechnungsbedingungen ändern können und ich jederzeit die Möglichkeit habe, die jeweils aktuelle Fassung auf der Website der KV RLP einzusehen. Ich erkläre, mit den Bedingungen einverstanden zu sein.

Für die Zahlungen der ASV-Vergütung wird die hinterlegte Bankverbindung der Betriebsstätte verwendet. Auf dem Kontoauszug ist die ASV-Vergütung gesondert ausgewiesen.

Die Vollmacht gilt für ASV-Abrechnungen ab dem Abrechnungsquartal ____/20__ (bitte einfügen).

Ich weiß, dass ich diese Vollmacht jederzeit gegenüber der KV RLP mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zu erfolgen.

Arztname

Lebenslange Arztnummer (LANR)

ASV-Teamnummer

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes