

Ausfüllhilfe Hybrid DRGs

Checkliste

2-fache Ausführung postalisch an:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Vertragsabteilung
40182 Düsseldorf

Abrechnungsvereinbarung

Seite 1 Rubrum:

Name der BAG/MVZ/Vertragsarzt

Adresse

BSNR

Steuer-Identifikationsnummer

Seite 11 Unterschriftenseite:

Ort + Datum

Arztstempel

Unterschrift, abhängig von der Praxis, entweder durch:

Unterschrift aller Partner der BAG oder

ärztliche Leitung MVZ oder

Vertragsärztin / Vertragsarzt

Vereinbarung
über die Durchführung des Abrechnungsverfahrens
der speziellen sektorengleichen Vergütung
nach § 115 fSGB V (Hybrid-DRGs)

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf
– vertreten durch den Vorstand –

(nachstehend „KV Nordrhein“ genannt)

und

Name und Anschrift der/des BAG/MVZ/Vertragsarzt

BSNR (9-stellig): _____

Steuer-ID: _____
(nachstehend „Auftraggeber“ genannt)

Dokument des _____

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König-M.,
Stellvertreter/Vorstandsvorsitzender

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des/des Auftraggebers

*Alle Partner der BAG/Kurzliche Leiter des MVZ/Arzt

Verbindungsstelle des Bundesverbandes
der Kassenärztlichen Vereinigungen
in Nordrhein-Westfalen, des Landesverbandes
der Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen

Hinweis:

BAG: Bitte auf der Unterschriftenseite alle Partner der BAG unterschreiben lassen, alternativ ein separates Exemplar je Partner der BAG, alle Leistungserbringer die operieren wollen, reichen die „Anlage 1 – Stammdatenblatt Leistungserbringer“ (Folgesseite) ein

MVZ: Die Unterschrift des Ärztlichen Leiters des MVZ ist erforderlich. Alle Leistungserbringer die operieren wollen, reichen die „Anlage 1 – Stammdatenblatt Leistungserbringer“ (Folgesseite) ein

Stammdatenblatt (Anlage 1)

(je Leistungserbringer/Operateur einzureichen, der Hybrid-DRG erbringen soll)

Titel, Name, Vorname

BSNR

LANR

Praxisname

Anschrift

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

Arztstempel

Anlage 1 – Stammdatenblatt Leistungserbringer
zur Vereinbarung über die Durchführung des Abrechnungsverfahrens der speziellen
sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V

Bitte je Operateur einer Praxis/BAG oder eines MVZ einmal ausfüllen!
(Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Titel, Name, Vorname:
BSNR: (P-stellig)
LANR: (P-stellig)
Praxisname:
Anschrift:
E-Mail-Adresse:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Weitere Operateurinnen und Operateure

Sofern für eine Einrichtung bereits eine Abrechnungsvereinbarung vorgelegt wurde und diese anschließend weitere Ärztinnen und Ärzte anstellt, die operieren möchten, ist für diese lediglich die „Anlage 1 - Stammdatenblatt Leistungserbringer“ mit Angabe der LANR nachzureichen.