

Bitte spätestens bis zum letzten Tag im Abrechnungsquartal zurücksenden an:

Abteilung Ärztlicher Bereitschaftsdienst KV Hessen

Fax-Nr.: 069-24741-68858 oder
quartalsabrechnung.aebd@kvhessen.de



Fax-Rückantwort Quartalsabrechnung Ärztlicher Bereitschaftsdienst Hessen

Name, Vorname:

ÄBD Bereich:

ÄBD-BSNR:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Quartalsabrechnung meiner erbrachten Leistungen für die Tätigkeit in der o.g. ÄBD Zentrale durch die Kassennärztliche Vereinigung Hessen (KVH) durchführen lassen möchte. Dies gilt nur in Zentralen, in denen seitens der KVH Personal gestellt wird.

Die Übernahme der Quartalsabrechnung entbindet mich nicht von der Pflicht, die erbrachten Leistungen gemäß der Abrechnungsrichtlinien der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen mittels der geltenden Leistungsziffern im Praxissoftwaresystem der ÄBD Zentralen zu dokumentieren.

Die Übernahme der Quartalsabrechnung entbindet mich nicht von der Pflicht, die Erklärung zur Quartalsabrechnung über die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Die Quartalsabrechnung umfasst die Erstellung und das Hochladen der Quartalsabrechnungsdatei. Eine Fehlerbehebung und/oder eine Korrektur der Eingaben finden nicht statt. Das bedeutet, nur fehlerfreie Dateien werden durch die Mitarbeiter/-innen der KV Hessen übermittelt. Sollte eine Datei nicht fehlerfrei sein, erhalten Sie bis zum 05. des Abrechnungsmonats eine entsprechende Rückmeldung. Sie haben dann die Möglichkeit, bis zum 10. des Monats die Fehler zu bereinigen oder eine Verlängerung der Abgabefrist unter internetdienste@kvhessen.de zu beantragen und dann die Fehler bis zur Abgabefrist zu bereinigen. In diesen Fällen besteht allerdings kein Anspruch mehr auf die Erstellung und Übermittlung der Abrechnungsdatei durch die Mitarbeiter/-innen der KV Hessen.

Bitte beachten Sie, dass die Berichtigung der fehlenden Abrechnungsdateien sowie die Ergänzung fehlender Leistungen zeitverzögert zur Leistungserbringung nicht im laufenden Betrieb der ÄBD Zentralen eingegeben werden können, da dies die Abläufe der Patientenbehandlungen beeinträchtigt. Die Dokumentation und die Fallberichtigungen in der ÄBDZ sind nur nach Rücksprache mit dem Regionalen Teamleiter möglich.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

Wenn Sie Ihre Leistungen nicht mehr durch unsere Mitarbeiter abgerechnet haben möchten, widerrufen Sie dies bitte schriftlich und mit Unterschrift!!!

Wenn Sie nicht wünschen, dass die Quartalsabrechnung durch die Mitarbeiter/innen der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen durchgeführt wird, so senden Sie bitte diese Formular **NICHT** zurück.