

Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Quartalsabrechnung
93031 Regensburg

Abrechnungserklärung (Sammelerklärung) 3. Quartal 2024

Ich bestätige, dass die abgerechneten Leistungen von mir persönlich oder von einem/einer genehmigten angestellten Vertragsarzt/-ärztin/Vertragspsychotherapeuten/-psychotherapeutin, einem/einer Vertreter/Vertreterin oder einem/einer genehmigten Assistenten/Assistentin oder von einem/einer unter meiner Verantwortung stehenden nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterin unter meiner Überwachung erbracht worden sind und dass die von mir eingereichte Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist.

Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden entsprechend den bestehenden Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung (insb. Bundesmantelvertrag-Ärzte, Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsbestimmungen sowie sonstiges Satzungsrecht der KVB) erbracht.

Sämtliche genehmigungs- oder nachweispflichtige Leistungen wurden von dem/der Arzt/Ärztin erbracht, der/die die Genehmigung von der KVB erhalten hat bzw. die erforderlichen Nachweise der KVB vorgelegt hat.

Sofern ich Leistungen abrechne, bei denen mehrere Ärzte/Ärztinnen mitgewirkt haben, erkläre ich hiermit, dass ich mit den anderen an der Erbringung der Leistung beteiligten Ärzten/Ärztinnen eine Vereinbarung getroffen habe, wonach nur ich allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne.

Ich bestätige, dass - sofern kein von einem/einer Versicherten unterschriebener Abrechnungsschein vorgelegen hat - die Elektronische Gesundheitskarte aller Versicherten, die von mir in diesem Quartal behandelt worden sind, vorgelegen hat, es sei denn, es handelte sich um eine Notfallbehandlung, die im Ersatzverfahren aufgrund der Angaben des/der Versicherten oder der Angaben anderer Auskunftspersonen abgerechnet worden ist und bei der der/die Versicherte die Elektronische Gesundheitskarte nicht vorlegen und den Behandlungsschein nicht unterschreiben konnte.

Ich bestätige, dass die für das Ersatzverfahren ausgestellten Anspruchsnachweise sowie die erhaltenen Überweisungs- und Anforderungsscheine mindestens drei Jahre - auch soweit sie in digitaler Form vorliegen - aufbewahrt werden.
Die mir erteilten Überweisungsaufträge wurden nicht überschritten.

Soweit ich Sachkosten mit dem tatsächlichen €-Betrag abrechne, bestätige ich, dass die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt werden und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütende Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % anteilig pro Patient/Patientin weitergegeben werden (§ 44 Abs. 6 BMV-Ä).

Ich bestätige, dass ich die Bestimmungen der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V sowie die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte zur Nutzung von Datenverarbeitungssystemen in der Arztpraxis kenne und diese von mir beachtet und eingehalten werden. Insbesondere bestätige ich, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist und ausschließlich eine zertifizierte Software Anwendung gefunden hat.

Für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln wurden ausschließlich gemäß § 73 Abs. 8 Sätze 7 und 9 SGB V i.V.m. § 29 Abs. 3 bzw. § 30 Abs. 6 BMV-Ä von der KBV zertifizierte Verordnungs-Softwareprogramme eingesetzt. Die für die zugelassenen Softwareprogramme jeweils vergebenen Prüfnummern wurden mittels KVDT übertragen.

Hinweise:

Die vorstehende Erklärung wird zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung benötigt. Zu diesen Angaben sind Sie nach den Vorschriften des Bundesmantelvertrages-Ärzte verpflichtet (§ 35 Abs. 2 und 3 BMV-Ä).

Sofern mehrere Unterschriften notwendig sind muss die erste Unterschrift auf dieser Seite erfolgen. Weitere Unterschriften können auf der Rückseite der Erklärung getätigt werden.

Bitte reichen Sie die Abrechnungserklärung parallel mit der Honorarabrechnung bis zum 10. des ersten Monats nach Quartalsende ein.

Datum

Unterschrift aller Praxisteilnehmer/Praxisteilnehmerinnen 