

Bitte verwenden Sie dieses Formular jeweils monatlich, wenn die ZE-Abrechnung per Diskette oder per Papier bei der KZV Berlin eingereicht wird.

An die
KZV Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Antrag auf ZE-Vorauszahlung - Anlage zur ZE-Abrechnung

Abrechnungsmonat:

Gesamtkassenzuschuss _____ €

Vorauszahlung **80 %** _____ €

Der Vorauszahlungsbetrag geht aus den zur Abrechnung eingereichten Daten hervor. Die abgerechneten Leistungen sowie die Material- und Laborkosten entsprechen den vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und der KZV Berlin.

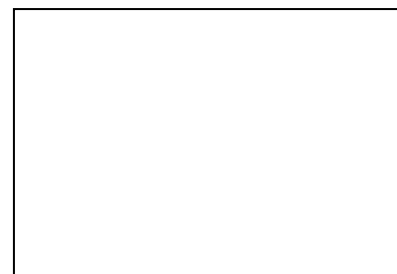
Die Entscheidung über den Antrag liegt im Ermessen der KZV Berlin.

Endgültige Korrekturen durch die KZV Berlin können erst in den tatsächlichen ZE-Abrechnungen berücksichtigt werden und eine Vorauszahlung kann nur erfolgen, soweit keine Honorarrückzahlungsansprüche der KZV Berlin bestehen.

Der jeweils geltende Verwaltungskostenbeitrag (derzeit 0,5 % des Vorauszahlungsbetrages) wird mit der monatlichen ZE-Vorauszahlung verrechnet.

.....
Datum

.....
Unterschrift der Vertragszahnärztin/
des Vertragszahnarztes



Abrechnungstempel