

ERKLÄRUNG ÜBER DIE RÜCKZAHLUNG DES FESTZUSCHUSSES
FÜR ZAHNERSATZLEISTUNGEN



KZV Berlin
Abt. Schlichtung
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

schlichtung@kzv-berlin.de
Fax-Nr.: 89004-46406

Abrechnungstempel

Pat.: _____

geb.: _____

Versichertennummer: _____

Heil- und Kostenplan vom: _____

Eingliederung am: _____

Im oben genannten Fall erkläre/n ich/wir, dass ich/ wir zur Beilegung der Angelegenheit ohne die Durchführung eines Prüfverfahrens den Festzuschuss in voller Höhe zurückzahle/n. Hierzu werden Ihnen die folgenden Unterlagen überreicht:

- evtl. Mängelgutachten und Schriftverkehr

Grund dafür ist:

Die KZV Berlin wird ermächtigt, das Honorarkonto oben genannter Praxis für die prothetische Versorgung mit dem

Festzuschuss in Höhe von _____ Euro zu belasten und der _____
Betrag Krankenkasse

gutzuschreiben.

Soweit kein ausreichendes, verrechnungsfähiges Guthaben auf dem Honorarkonto vorhanden oder die Praxis aufgegeben bzw. die Abgabe geplant ist, verpflichte/en ich mich/ wir uns zur Einzahlung des Betrages in voller Höhe binnen 14 Tagen ab Zugang einer Zahlungsaufforderung durch die KZV Berlin. Diese Erklärung gilt als widerrufen, sollte der Betrag nicht gezahlt werden.

Hinweise:

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist berechtigt und verpflichtet unabhängig von dieser Erklärung eine Abrechnungsprüfung und sachlich – rechnerische Berichtigung nach § 106d SGB V durchzuführen. Ergibt die Prüfung, dass der Festzuschuss auf Grund sachlich-rechnerischer Fehler zurückzuzahlen ist, ergeht ein förmlicher Berichtigungsbescheid.

Im Falle einer vorläufigen oder eröffneten Insolvenz kann diese Erklärung nicht abgegeben werden.

Datum

Datum

Unterschriften
Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt/Geschäftsführung
MVZ
