

BEITRITTSFORMULAR ZU DEN TARDOC-TARIFVEREINBARUNGEN UND AMBULANTEN PAUSCHALEN gemäss OKP für Ärzte, die nicht Mitglied der VSÄG sind

Mit diesem Formular regelt die VSÄG die Unterlagen eines Arztes, der kein Mitglied ihrer Gesellschaft ist und zur Abrechnung zu Lasten der OKP berechtigt ist.

Unbedingt erforderliche Unterlagen:

- ☐ Kopie der von der Dienststelle für Gesundheitswesen (DGW) Berufsausübungsbewilligung als Arzt/-in im Kanton Wallis.
- ☐ Kopie der Zulassung zur Abrechnung zu Lasten der OKP im Kanton Wallis, ausgestellt von derselben Dienststelle.

1. IDENTIFIZIERUNG DES ARZTES

Name / Vorname

GLN

**ZSR-Nr. (falls bereits vergeben)
oder K-Nr.**

Praxisadresse

E-Mail

Telefon

2. TÄTIGKEIT UND RECHNUNGSSTELLUNG

Aufnahme / Wiederaufnahme der Tätigkeit: _____

☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Medizinisches Zentrum / Einrichtung ☐ Sonstiges: _____

☐ Angestellt ☐ Gemischte Tätigkeit

3. ERKLÄRUNG ZUR ANERKENNUNG DER UNTEN AUFGEFÜHRTEN KANTONALEN VEREINBARUNGEN MIT DEN VERSICHERUNGSVERBÄNDEN (KVG) / TAXPUNKTWERT (Angabe für die TARDOC-Abrechnung, gemäss den geltenden Vereinbarungen zu bestätigen)

<u>Versicherungsgruppe / Vereinbarung</u>	<u>TPW per 01.01.2026</u>	Beitritt
santésuisse / tarifsuisse AG	CHF 0.85	☐
Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana – Sanitas – KPT)	CHF 0.85	☐
CSS-Gruppe	CHF 0.84 vorläufig	☐

Diese Werte gelten als Referenz zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieses Formulars. Jede Änderung des Punktwerts bei einer der drei oben genannten Versicherungsgemeinschaften wird dem Unterzeichner von der VSÄG mitgeteilt.

4. BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich, der/die Unterzeichnete, erkläre hiermit, dass ich als Nicht-Mitglied der VSÄG die für meine ärztliche Praxis geltenden Tarifvereinbarungen sowie die Abrechnungsbestimmungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) (KVG) in ihrer jeweils gültigen Fassung anerkenne.

Ich erkenne die nationalen TARDOC-Vereinbarungen und die ambulanten Pauschalen sowie gegebenenfalls die kantonalen Vereinbarungen an, die für die betreffenden Versicherungsgruppen (santésuisse/tarifsuisse AG, HSK und CSS) gelten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Mitgliedschaft an die Zahlung der in den geltenden Vereinbarungen vorgesehenen Beitrittsgebühr und/oder Beiträge in Höhe von CHF 1'730.– gebunden ist.

Ich verpflichte mich, die Vereinbarungen und deren Anhänge einzuhalten und der VSÄG jede Änderung meiner in diesem Formular aufgeführten Daten, insbesondere der GLN, des ZSR, der Adresse oder der Rechnungsstellungsmodalitäten, mitzuteilen.

5. UNTERSCHRIFT DES ARZTES

Ort und Datum

Name / Vorname

Unterschrift und Stempel

6. BEARBEITUNG DURCH DAS SEKRETARIAT DER VSÄG

- ☐ Vollständige Unterlagen ☐ Ausübungsbewilligung kontrolliert ☐ OKP-Zulassung kontrolliert
- ☐ TARDOC-Mitgliedschaft / Pauschalen für ambulante Leistungen kontrolliert
- ☐ Gebühr / Beitrag mitgeteilt oder eingezogen
- ☐ Mitgliedschaft registriert / Bestätigung an den Arzt gesendet

Bearbeitungsdatum: _____ VSÄG-Mitarbeiter: _____

Bemerkungen: _____

Bitte senden Sie per Mail an: contact@smvs.ch

per Post : **Walliser Aertzegeellschaft VSÄG - Av. de France 8 - 1950 Sitten**