



Beitriffsformular zu den kantonalen Anschlussverträgen ambulante Tarife KVG zum Rahmenvertrag TARMED

Bitte zurücksenden an:

Société médicale du Valais SMVS
Av. de France 8, 1950 Sion

Name/Vorname:

FMH-Nr.:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich anders

Korrespondenzadresse:

.....
.....
.....

GLN-Nr.:

ZSR-Nr.:

Telefon:

Praxisadresse:

.....
.....
.....

Natel :

E-mail :

Praxisbetrieb vorgesehen ab: (DD.MM.YYYY)

Übernahme bestehender Praxis: JA NEIN

Auslagerung vormaliger Spital-/Klinik-/Institutsaktivität: JA NEIN

Praxisaktivität: Vollzeit (>80-100%)
Teilzeit: >60 – ≤80 % >30 - ≤60 % ≤ 30%

Organisationsform der Praxis:

Einzelpraxis Rechtsform: einfache Gesellschaft AG GmbH andere:
 Gruppenpraxis
 Institution
 Ärztezentrum
 andere:

Abrechnungsmodalitäten:

nur als selbständig erwerbend
 nur als Angestellte(r) (z.B. durch AG)
 gemischt
 Aktivität mit Abrechnungen in verschiedenen Kantonen:

Falls andere Ärzte/Therapeuten unter Ihrer
ZSR-Nr. abrechnen, bitte um Angabe aller mit
Ihrer Praxis assoziierten GLN-Nr.:

.....

.....

.....

JA NEIN

Die Verträge der VSÄG sehen primär eine Abrechnung nach 'Tiers garant' vor (Art. 11 R TARMED KVG).

In welcher Abrechnungsmodalität treten Sie dem Vertrag bei?

Tiers garant (Rechnung an Patienten) Tiers payant (Rechnung an Krankenkasse, der Arzt
muss dem Patienten eine Rechnungskopie zukommen lassen)



Beitrittsformular zu den kantonalen Anschlussverträgen ambulante Tarife KVG zum Rahmenvertrag TARMED

BEI ABRECHNUNGEN/BERUFLICH SELBSTÄNDIGER AKTIVITÄT IN VERSCHIEDENEN KANTONEN, MUSS EIN BEITRITT ZUM ENTSPRECHENDEN KANTONALEN ANSCHLUSSVERTRAG RESPEKTIVE ANMELDUNG BEI DER ENTSPRECHENDEN ÄRZTEGESELLSCHAFT ERFOLGEN.

bitte bei gemischter Abrechnungsmodalität oder Aktivität in verschiedenen Kantonen alle verwendeten ZSR-Nr. mit zugehörigem Kanton angeben:

ZSR-Nr.	Kanton
.....
.....
.....

Haupttätigkeit: Wie viele (MEBEKO)-anerkannte Facharzttitel haben Sie? Anzahl:
Welcher/welche dieser Titel stellt/stellen Ihre Haupttätigkeit in der Praxis dar?

Anzahl SIWF anerkannte Fähigkeitsausweise:

Haben Sie oder planen Sie für Ihre Aktivität zusätzliche Verträge im KVG-Bereich?

- NEIN
- JA Falls JA, welche?
- für Abrechnungen nach Pauschalen
 - Netzwerkverträge
 - Kantonale / staatliche Aktivitäten
(Screeningprogramme, kantonale Notfallorganisation usw.?)
 - andere:

Falls JA, werden diese Verträge über dieselbe ZSR-Nr. abgerechnet? JA NEIN
Falls NEIN, bitte entsprechende ZSR-Nr. angeben:

Führen oder planen Sie in Ihrer Praxis eine:

- Selbstdispensation (Medikamente) Röntgen Ultraschall Labor Alternativmedizin

Sind Sie für eine Notfalldienstbeteiligung vorgesehen? Ja Nein Noch unklar



Beitrittsformular zu den kantonalen Anschlussverträgen ambulante Tarife KVG zum Rahmenvertrag TARMED

Hiermit bestätige ich, dass ich dem Rahmenvertrag TARMED KVG zwischen der santésuisse und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/vertrag-beitrittsformular.cfm> beigetreten bin (siehe separates Beitrittsformular der FMH) und trete hiermit mit meiner Unterschrift folgenden kantonalen Anschlussverträgen bei:

- **‘Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag TARMED’ samt Anhängen**, abgeschlossen zwischen VSÄG und santésuisse (13.12.2007). Dieser Vertrag gilt für die Versicherten der Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse ag, die nicht der Einkaufsgemeinschaft HSK angeschlossen sind.
- **‘Kantonaler Tarifvertrag über die Vergütung ambulanter Leistungen in der Arztpraxis (TARMED) (05.01.2016)’** samt Anhängen, abgeschlossen zwischen VSÄG, Helsana, Sanitas und KPT (HSK). Dieser Vertrag gilt für alle im Anhang 1 des Vertrags aufgezählten, der HSK angeschlossenen Versicherten.

Mit Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung tritt der unterzeichnende Arzt bzw. die unterzeichnende Ärztin den mit santésuisse sowie mit Helsana, Sanitas und KPT abgeschlossenen Verträgen der VSÄG bei.

Der bzw. die Unterzeichnende anerkennt die zwischen der AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS WALLIS und santésuisse sowie Helsana, Sanitas und KPT abgeschlossenen Vereinbarungen und bestätigt, dass ihm bzw. ihr diese Vereinbarungen übermittelt/ausgehändigt worden sind.

Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich mich bereit, dem „Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag TARMED“ mit seinen Anhängen und dem „Vertrag über die Vergütung ambulanter Leistungen in der Arztpraxis (TAR-MED)“ mit seinen Anhängen der VSÄG beizutreten.

Ich wünsche, diesen Verträgen als Mitglied Nichtmitglied beizutreten.

Für Mitglieder sind die Kosten für den Vertragsbeitritt in der Mitgliedsgebühr enthalten. Für Nichtmitglieder ist der Vertragsbeitritt kostenpflichtig. Die kantonalen Anschlussverträge sowie der Rahmenvertrag TARMED (KVG) werden bei Verlust der Mitgliedschaft auf den nächsten 30.06. bzw. 31.12. ungültig (Art. 4 Abs. 2 RV TARMED KVG). Bei vorzeitiger Kündigung ist der gesamte Jahresbetrag geschuldet.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Entscheid über eine Aufnahme als Mitglied der VSÄG allein durch die KÄG im Einklang mit ihren Statuten entschieden wird. Es besteht kein Rechtsanspruch auf eine Aufnahme. Aus organisatorischen Gründen kann eine Aufnahme in die kantonale Ärztesgesellschaft zeitlich versetzt zum Vertragsbeitritt allenfalls provisorisch erfolgen. Bei Nichtaufnahme als Mitglied ist die Nichtmitgliedschaftsgebühr innert 4 Wochen geschuldet. Eine Nichtbezahlung führt zu einer Sistierung des Vertrags gemäss Anhang A Artikel 8 (santésuisse) respektive Anhang 2 Artikel 6 (HSK). Ich bestätige hiermit, Kenntnis genommen zu haben, dass der Vertrag gemäss Artikel 3 und Anhang A (tarifsuisse), respektive Artikel 4 (HSK) erst nach Bezahlung der Beitrittsgebühr angewendet wird.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, einen allfälligen Wechsel der Abrechnungsmodalität Tiers garant/ tiers payant (gemäss Art. 11 RV TARMED KVG) sowie relevante Änderungen in Bezug auf die in diesem Formular gemachten Angaben (Adressen usw.), insbesondere auch Veränderungen betreffend unter derselben ZSR-Nummer abrechnende GLN-Nummern innert 6 Wochen der VSÄG zu melden.

Mit meinem Beitritt zu obigen Verträgen erkläre ich mich einverstanden mit der Nutzung meiner pseudonymisierten respektive anonymisierten Daten im Rahmen der Tarifverhandlungen und allfälliger WZW-Verfahren auf kantonaler und nationaler Ebene.

Ort und Datum:

Name, Vorname:

Unterschrift und Praxisstempel

BESTÄTIGUNG VSÄG BEITRITT ALS NICHT-MITGLIED MITGLIED PROVISORISCH MITGLIED
Ort und Datum: Unterschrift:

Bitte in drei Exemplaren ausfüllen und unterschreiben :

- 2 Exemplar einschicken an die VSÄG Walliser Ärztesgesellschaft, av. de France 8, 1950 Sion
- 1 Exemplar für Ihre Akten