Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

CONVEMA

BARMER „Digitales Augentraining für Kinder“ webbasierte Stimulationstherapie
Abrechnungsbogen Arzt – Anhang C

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Angaben zum Versicherten	
Diagnose (gem. Anlage 1 Punkt 1)	☐☐☐.☐☐☐ (ICD 10, akt. Fassung)

Hiermit bestätige ich, die ambulante augenärztliche Behandlung (Anl. 7) im Rahmen dieser Besonderen Versorgung gemäß meiner vertraglichen Verpflichtung erbracht zu haben. Ich bevollmächtige die CONVEMA GmbH die vertraglich vereinbarten Vergütungen festzustellen und die festgestellten Beträge in meinem Namen und auf meine Rechnung gegenüber der BARMER nach Abschluss der Besonderen Versorgung abzurechnen. Das Recht zum Empfang der abgerechneten Beträge (Inkassovollmacht) ist nicht Gegenstand dieser Vollmacht. Die CONVEMA GmbH wird mich in Form von monatlichen Rechnungsübersichten über die abgerechneten Beträge in Kenntnis setzen. Die Überwachung der Zahlungseingänge obliegt in vollem Umfang mir. Bei festgestellten Unregelmäßigkeiten werde ich die CONVEMA GmbH mit der Bitte um Vermittlung einschalten. Nachfolgend teile ich der CONVEMA GmbH alle abrechnungsrelevanten Angaben zum Versorgungsfall mit.

Angaben zum Versorgungsfall	
Rechnungs-Nr.:	
Behandelnder Arzt (Name, Vorname):	
Datum Behandlungsbeginn:	☐☐.☐☐.20☐☐
Datum Zwischenuntersuchung:	☐☐.☐☐.20☐☐
Datum Behandlungsende (nach 90 Tagen):	☐☐.☐☐.20☐☐
Anhang E – Dokumentation (optional) Ende der Teilnahme wurde an Caterna übermittelt	❑ ja ❑ nein
Sonstige Angaben	

Bitte nach Abschluss der Behandlungan an folgende Adresse senden:
CONVEMA GmbH – Servicestelle für Vertragspartner, Karl-Marx-Allee 90 A, 10243 Berlin oder **Fax 030 – 2593861-499**
Die Abrechnung erfolgt nur mit Vorlage der Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten (Anl. 2).

Stempel / Unterschrift

Ort, Datum

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Institutionskennzeichen (falls vorhanden)