

Anmeldung zum maschinellen Datenträgeraustausch (DTA) nach § 302 SGB V für den Bereich Hilfsmittel

Wichtiger Hinweis:

Für jeden Filialbetrieb ist bitte das Dokument gesondert auszufüllen und an das, für die Filiale zuständige CC Hilfsmittel zu versenden.

Das für die Filiale zuständige CompetenceCenter Hilfsmittel richtet sich nach dessen Sitz (Postleitzahl). Eine ausführliche Übersicht hierzu befindet sich im Internet unter:
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/hilfsmittel/ansprechpartner/index.html>

IK:	
Leistungserbringergruppe (AC) (Apotheke 11, Sanitätshaus 15, Hersteller 19)	
Name des Leistungserbringers	_____
Straße / Postfach	_____
PLZ / Ort	_____
Telefon	_____ Fax
E-Mail	_____
Ansprechpartner	_____

Die Abrechnung erfolgt ab dem _____ über (Zutreffendes bitte ankreuzen):

ein Abrechnungszentrum IK des Abrechnungszentrums: _____

Name, Anschrift, Telefon des Abrechnungszentrums:

eigene EDV (Selbstabrechner)

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel