## Anlage 2 Abrechnungsverfahren nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V - Datenträgeraustausch

## 2.1 Grundsätze

Für die Abrechnung über DTA gemäß § 302 i.V.m. § 303 SGB V sind die Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die zugehörigen Technischen Anlagen in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Die Leistungen nach diesem Vertrag sind mit dem Abrechnungscode/Tarifkennzeichen (AC/TK) 16 14 359 anzuliefern.

Bei der Abrechnung ist immer die 10-stellige Hilfsmittelnummer anzugeben, die das jeweilige Einzelprodukt angibt.

Die Abrechnungsunterlagen haben folgende Angaben zu beinhalten:

- Leistungserbringerschlüssel (AC/TK)
- Name, Anschrift und IK des Vertragspartners
- Daten des Anspruchsberechtigten (Name, Geburtsdatum, KV-Nummer)
- Arztnummer des Verordners
- Betriebsstättennummer
- Hilfsmittelpositionsnummer
- Verwendungskennzeichen (VWKZ)
- Bruttogesamtpreis
- gesetzliche Zuzahlung des Anspruchsberechtigten
- Abgabedatum und Unterschrift des Anspruchsberechtigten oder dessen Beauftragten beziehungsweise gesetzlichen Vertreters

<u>Die Rechnungen inklusive der rechnungsbegründenden Unterlagen sind an folgende Anschrift</u> zu übermitteln:

AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse Post- und Scanzentrum Halberstädter Str. 17 39112 Magdeburg

Die Datenträger sind an folgende Datenträgerannahmestelle zu übermitteln:

ARGE AOK Rechenzentrum Datenannahme und Verteilung Bürgermeister-Smidt-Str. 95 28195 Bremen

Elektronische Datenanlieferung per E-Mail an: da@dta.aok.de

## 2.2 Erklärung zur Abrechnung nach § 302 i. V. m. § 303 SGB V

	<del></del>
Institutionskennzeichen     des Vertragspartners	
2. Name und Anschrift des Vertragspartners	
3. Name des Inhabers	
4. Institutionskennzeichen des Abrechnungszentrums  (dieses ist beim Abrechnungszentrum zu	
erfragen)	
5. Name und Anschrift des Abrechnungszentrums	
G. Beginn der Abrechnung     (Angabe des Datums aus dem Vertrag)	
7. Ende der Abrechnung  (Angabe nur bei Probeabrechnung bzw. befristetem Vertrag notwendig)	
Diese Erklärung zur Abrechnung gilt auch für die Institutionskennzeichen folgender Betriebsstätten: (gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen)	

Sollte für die Betriebsstätten ein anderes Rechenzentrum als unter Punkt 5 genannt oder ein anderes IK des Abrechnungszentrums (Punkt 4) gelten, füllen Sie bitte eine gesonderte Erklärung zur Abrechnung aus.

Mit dem aufgeführten Abrechnungszentrum wurde Nachstehendes vereinbart:

## 1. Schuldbefreiungserklärung

Das benannte Abrechnungszentrum hat vom unterzeichnenden Vertragspartner den Auftrag erteilt bekommen, alle von der AOK zu zahlenden Beträge für Rechnungen die dem Abrechnungszentrum eingereicht wurden, für den unterzeichnenden Vertragspartner einzuziehen. Die Zahlung der AOK an das beauftragte Abrechnungszentrum hat schuldbefreiende Wirkung gegenüber dem Vertragspartner. Zahlungen erfolgen durch die AOK unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung auf das in der Rechnung des Abrechnungszentrums angegebene Bankkonto.

bene Bankko	nto.	
Die schuldbe	ungserklärung efreiende Wirkung an das Abre das Zutreffende ankreuzen):	echnungszentrum beruht auf folgender Grundlage
	nete Person/Firma mit der Fo	genannter Forderungen, habe aber die vorbezeich- rderungsabrechnung bzw. dem -einzug beauftragt. schriftlichen Widerruf gegenüber der AOK als be- oder
		<u>0001</u>
	Person/Firma abgetreten. Die	Ingen am an vorbezeichnete Forderungsabtretung umfasst alle bestehenden n. Eine Rücknahme dieser Anzeige ist nur mit Zungsinhabers wirksam.
Die AOK darf ordnungsabre		Zusammenhang mit Abgabeberechtigung und Verauch schriftlich Auskunft erteilen. Korrekturen zur hnungszentrum mitgeteilt.
zes (BDSG) e	nungszentrum verpflichtet sich,	die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetgene Daten ausschließlich im Rahmen der Weisung
Überträgt der die die Abgat Beginn und E mitzuteilen. D mitgeteilten E oder Abtretun besteht. Der	beberechtigung erteilt hat, unver Ende der Abrechnung und der N Der Vertragspartner ist verpflich Ende der Abrechnung keine d ngserklärung zugunsten des d	ng einem Abrechnungszentrum, so hat er die AOK, rzüglich schriftlich zu informieren. Name des beauftragten Abrechnungszentrums sind tet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK iesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht der AOK gemeldeten Abrechnungszentrums mehr von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entspre-
Ort, Datum		Stempel und Unterschrift des Vertragspartners Betriebsinhaber bzw. Geschäftsführer)