

Anlage 2 - Beitrittserklärung

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum
Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der
Produktgruppe 15 – ableitende Inkontinenzartikel
LEGS: 19 00 406**

Name des Leistungserbringers: _____
Geschäftsführer bzw. Inhaber: _____
Anschrift: _____
IK des Leistungserbringers: _____

Hiermit trete/n ich/wir dem Vertrag über die Versorgung mit ableitenden Inkontinenzartikeln zum _____ bei.

Der Beitritt zu dem o.g. Zeitpunkt wird erst wirksam, wenn die Novitas BKK die übersandten Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft und diesem zugestimmt hat. Die Zustimmung erfolgt per E-Mail.

Die vertraglichen Regelungen gelten ausschließlich für Verordnungen, die ab dem Datum des Vertragsbeitritts ausgestellt wurden.

Die Novitas BKK sowie der beigetretene Leistungserbringer kann den Beitritt zum Vertrag gemäß § 18 des Vertrages kündigen. Die Kündigung ist schriftlich, auch per E-Mail, zu erklären.

Ansprechpartner für Versicherte

Name:
Tel.:
Fax:
E-Mail Adresse:

Ansprechpartner für BKK

Name:
Tel.:
Fax:
E-Mail Adresse:

Unterlagen zum Vertragsbeitritt (bitte unbedingt mit einreichen):

Präqualifizierungsnachweis

Institutionskennzeichen: _____

Liefergebiet (Bundesweit, Bundesland, Postleitzahl)

Wir treten der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) für folgende Produktgruppen bei:

alle (Anlage 1)

oder einzelnen Produktgruppen

- PG 15.25.04
- PG 15.25.05
- PG 15.25.06
- PG 15.25.07
- PG 15.25.08
- PG 15.25.09
- PG 15.25.10
- PG 15.25.12
- PG 15.25.14
- PG 15.25.15
- PG 15.25.16
- PG 15.25.17
- PG 15.25.18
- PG 15.25.19
- PG 15.25.20
- PG 15.25.21
- PG 15.25.22
- PG 15.99.99

Mit dieser Beitrittserklärung verlieren alle anderen dem Leistungserbringer gegenüber bestehende Verträge mit der BKK über die in diesem Vertrag geregelten Leistungen und Produktgruppen auf Landes- oder Bundesebene ihre Gültigkeit.

Ort, Datum

Unterschrift

Firmenstempel

Anlage 3 – Liefer- und Abrechnungsbedingungen

1 Grundsätze

- Nur bei Vorlagepflicht ist ein Kostenvoranschlag zu liefern.
- Die BKK behält sich vor, Kostenvoranschläge zurückzuweisen, die nicht diesen Lieferbedingungen entsprechen oder genehmigungsfreie Fallkonstellationen betreffen.
- Die dargestellten Erfassungsgrundsätze sind durchgängig auch im Rahmen der Abrechnungen zu verwenden.
- Die Inhalte dieser Anlage sind auch im Abrechnungsverfahren zwingend zu beachten

2. Spezifische Lieferbedingungen nach dem diesem Vertrag

Krankenversichertennummer	Es ist die gültige lebenslange eGK-Nummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt. In der Regel findet sich die Krankenversicherthenummer auf der ärztlichen Verordnung.
Kassen-IK	104491707 (Novitas BKK)
Vertragsarztnummer	Die lebenslange Arztnummer (LANR) ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Bei Krankenhausverordnungen ist dieses Feld mit „4444444+ 8-9 Stelle Fachgruppen-code“ zu füllen.
Betriebsstättennummer	Sie ist bei Verordnungen von niedergelassenen Ärzten immer anzugeben. Bei Krankenhausverordnungen ist das IK des Krankenhauses zu erfassen (IK 26xxxxxxx oder 51xxxxxxx).
Verordnungsdatum	Entspricht dem Datum der ärztlichen Verordnung.
Diagnose	Sofern auf der Verordnung die Diagnose als ICD-Schlüssel vorhanden ist, ist dieser per ekv zu übermitteln.
Antragsdatum	Entspricht dem Eingangsdatum des Kostenvoranschlages bei der BKK.

<p>Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)</p>	<p>Der Leistungserbringergruppenschlüssel ist folgendermaßen anzugeben:</p> <p>Leistungen nach § 302 SGB V =1900406</p>
<p>Abrechnungspositionsnummer (Versorgungseinheit)</p>	<p>Es ist immer die jeweils gültige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungsnummer, oder das Sonderkennzeichen im Sinne des Vertrages anzugeben.</p>
<p>Hilfsmittelpositionsnummer (Positionen zur Versorgungseinheit)</p>	<p>Die Erfassung von weiteren Hilfsmittelnummern ist auf Grund der vertraglichen Konstellation ausgeschlossen (Ausnahme: Zubehör das nicht mit dem Hilfsmittel abgegolten und medizinisch notwendig ist). Falsche oder fehlerhafte Hilfsmittelpositionsnummern (dies gilt auch für kassenspezifische Pseudohilfsmittelpositionsnummern) führen zur Abweisung der Abrechnung. Dies gilt auch für Leistungen, die aufgrund eines genehmigten Kostenvoranschlages erbracht werden.</p>
<p>Bezeichnung des Hilfsmittels</p>	<p>Die Bezeichnung folgt der passenden Bezeichnung zur Hilfsmittelnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis, oder bei vertraglich geregelten Nummern der Bezeichnung nach dem Vertrag.</p> <p>Ist eine solche nicht vorhanden, ist der Gerätenamen /-Typ manuell zu erfassen.</p>
<p>Hilfsmittelkennzeichen</p>	<p>Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern:</p> <p>00 = Kauf 04 = Nachlieferung</p>
<p>Leistungsbeginn</p>	<p>Einzelleistungen (ableitende Inkontinenzhilfen)</p> <p>Bei Einzelleistungen ist als Leistungsbeginn grundsätzlich der Erstellungstag des Kostenvoranschlages einzusetzen. Bei Einzelleistungen, die in Summe / Liefermenge konkret für einen bestimmten Zeitraum beantragt werden (z.B. für einen Monat), ist der</p>

	<p>Beginn dieses Leitungszeitraumes anzugeben.</p> <p><u>Beispiel:</u> Kostenvoranschlag: 15.07.2017, Leistungsbeginn 15.07.2017</p>
Leistungsende	<p><u>Einzelleistungen (ableitende Inkontinenzhilfen)</u></p> <p>Als Leistungsende ist bei Einzelleistungen grundsätzlich der Erstellungstag des Kostenvoranschlages einzusetzen. Bei Einzelleistungen, die in Summe / Liefermenge konkret für einen bestimmten Zeitraum beantragt werden (z.B. einen Monat), ist das Ende dieses Leistungszeitraumes anzugeben.</p> <p><u>Beispiel:</u> Kostenvoranschlag: 15.08.2018, Leistungsende 15.08.2018</p> <p><u>Beispiel für Einzelleistung für bestimmten Zeitraum:</u> Kostenvoranschlag: 15.08.2018, Hilfsmittel für einen Monat, Leistungsende 14.09.2018</p> <p><u>Leistungsende bei Dauerverordnung:</u></p> <p><u>Beispiel:</u> Leistung für 1 Monat /Leistungsbeginn: 15.08.2018, Leistungsende nach 1Monat: 14.09.2018</p> <p><u>Ausnahme:</u> Sofern dem Leistungserbringer das Todesdatum eines Versicherten bekannt ist, so ist dieses Datum als Leistungsende anzugeben.</p>
Menge/Anzahl	<p><u>Kauf</u> Die Mengenangabe entspricht immer der tatsächlich beantragten Einzelstückzahl des Versorgungszeitraums</p>
Einheit	<p><u>Kauf</u> Die Einheit ist immer mit „Stück“ zu erfassen.</p>
Preis	<p>Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen.</p>

	Der Bruttowert ist entsprechend unter Berücksichtigung des Nettovertragspreises und des gültigen Mehrwertsteuer zu beziffern.
Mehrwertsteuer	Es ist die aktuell gültige Mehrwertsteuer anzusetzen.
Kennzeichen Kostenträger	Krankenversicherung
Eigentumsvorbehalt	Versicherter
Images	<p>Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Verordnung • Ggf. weitere erforderliche Unterlagen <p>Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig. Bei einer Folgepauschale ist keine ärztliche Verordnung erforderlich</p>

Anlage 4 – Versicherteninformation und Bestätigung

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum
Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der
Produktgruppe 15 – ableitende Inkontinenzartikel
LEGS: 19 00 406**

Angaben zum Versicherten

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Versichertennummer:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

Angaben zum Produkt

Bezeichnung:	
--------------	--

Der Leistungserbringer _____ versorgt Sie mit ableitenden Inkontinenzartikeln.

Der Mitarbeiter des Leistungserbringers hat Sie bzw. Ihre Angehörigen / Pflegepersonen persönlich über die folgenden Punkte aufgeklärt bzw. hingewiesen.

- Der Leistungserbringer hat unterschiedliche Alternativen der aufzahlungsfreien Versorgung aufgezeigt bzw. angeboten (z.B. im Rahmen einer Bemusterung)
- Alle Produkte zur ableitenden Inkontinenztherapie, die der Versicherte benötigt, können nur vom o.g. Leistungserbringer bezogen werden.
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit und mutwillige Beschädigung entstehen, sind auf eigene Kosten zu beseitigen.
- Der Leistungserbringer leistet Gewähr für die Güte und die Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels im Rahmen der Gewährleistung und den gesetzlichen Bestimmungen
- Sie erhalten eine Durchschrift. Das Original verbleibt beim Leistungserbringer.

Wir bitten Sie diese Punkte zu beachten.

Name, Vorname

Datum

Anlage 5 – Eigentumsvorbehalt

**Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum
Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der
Produktgruppe 15 – ableitende Inkontinenzartikel
LEGS: 19 00 406**

Angaben zum Versicherten

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Versichertennummer:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

Angaben zum Produkt

Bezeichnung:	
--------------	--

Der Leistungserbringer _____ versorgt Sie ab dem
_____ mit ableitenden Inkontinenzartikeln.

Das Hilfsmittel ist Eigentum der Novitas BKK und wird Ihnen zur Verfügung gestellt. Auf die folgenden Punkte hat Sie der Mitarbeiter des Leistungserbringers hingewiesen.

- Das Hilfsmittel wird bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich behandelt.
- Wenden Sie sich bitte ausschließlich an diesen Leistungserbringer, wenn Reparaturen für diese Versorgung notwendig werden.
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit und mutwillige Beschädigung entstehen, sind auf eigene Kosten zu beseitigen.
- Der Leistungserbringer leistet Gewähr für die Güte und die Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels im Rahmen der Gewährleistung und den gesetzlichen Bestimmungen
- Sie erhalten eine Durchschrift. Das Original verbleibt beim Leistungserbringer.

Wir bitten Sie diese Punkte zu beachten.

Name, Vorname

Datum

Anlage 6 – Mehrkostenerklärung

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2a SGB V zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 15 – ableitende Inkontinenzartikel

Versicherter (Name und Adresse)

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

Aufzahlungsfreie(s) Produkt(e)

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

Aufzahlungspflichtige(s) (gewählte(s)) Produkt(e)

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

Aufzahlung in Euro

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

Erklärung des Leistungserbringers :

Der Versicherte wurde über das/die aufzahlungsfreie(n) Produkte informiert. Nach Beratung hat er sich für das/die oben benannte(n) Produkt(e) entschieden. Die festgelegte Aufzahlung ist verbindlich.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Erklärung des Versicherten :

Der Leistungserbringer hat mir mindestens ein aufzahlungsfreies Produkt angeboten. Nach Beratung entscheide ich mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____