

Vertrag

nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten mit enteraler Ernährung sowie Technik- und Verbrauchshilfsmitteln

zwischen der

Novitas BKK
Schifferstr. 92-100
47059 Duisburg
vertreten durch den Vorstand

im Folgenden „BKK“ genannt

und der

Leistungserbringer
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Stadt
vertreten durch den Geschäftsführer
IK: XXX XXX XXX

im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt

Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 302 SGB V: 19 00 400
Leistungserbringergruppenschlüssel nach § 300 SGB V: 8 00 400

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 4 Haftung
- § 5 Beratung und Versorgung der Versicherten
- § 6 Versorgung in Sonderfällen
- § 7 Verordnung
- § 8 Qualität der erbrachten Leistungen
- § 9 Umversorgung
- § 10 Eigentumsverhältnisse
- § 11 Vergütung
- § 12 Abrechnung
- § 13 Zuzahlungen
- § 14 Depotverbot
- § 15 Werbung
- § 16 Datenschutz
- § 17 Vertragsverstöße
- § 18 Inkrafttreten und Kündigung
- § 19 Salvatorische Klausel
- § 20 Schlussbestimmungen

- Anlage 1: Vergütungsvereinbarung
- Anlage 2: Beitrittserklärung
- Anlage 3: Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvoranschlägen
- Anlage 4: Versicherteninformation

Präambel

Der Vertrag dient der Sicherstellung der Versorgung mit enteraler Ernährung sowie Technik- und Verbrauchshilfsmittel. Der Vertrag stellt eine Versorgung mit zugelassenen Produkten sicher. Das Beitrittsrecht anderer Leistungserbringer zu diesem Vertrag wird ausdrücklich bestätigt.

§ 1

Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die wirtschaftliche und aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten mit enteraler Ernährung sowie Technik- und Verbrauchshilfsmittel im ambulanten Bereich, die telefonische und - auf Wunsch des Versicherten - persönliche Beratung der Versicherten in der Häuslichkeit, die Abrechnung und Vergütung dieser Leistungen durch Monatspauschalen – im folgenden Pauschalen genannt – durch den Leistungserbringer. Er gilt ebenfalls für Versicherte in Behinderteneinrichtungen, Alten- und Pflegeeinrichtungen oder ähnlichen Einrichtungen, mit denen keine Pauschalen für die Versorgung vereinbart wurden. Die im Vertragstext genannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

(2) Die Anlage 4 (Versicherteninformation) dieses Vertrages stellt ein Muster mit Mindestinhalten dar, welche in ihrer Ausführung abweichen kann.

§ 2

Geltungsbereich des Vertrages

(1) Der Beitritt zu diesem Vertrag erfolgt durch die Beitrittserklärung gem. der Anlage 2.

(2) Die BKK wird ihre Versicherten über diesen Vertrag mit dem Leistungserbringer und dessen Vorteile in geeigneter Form informieren.

§ 3

Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Teilnehmen können Leistungserbringer, die die Zugangsvoraussetzungen nach § 126 Abs. 1 und 1a SGB V sowie nach § 127 Abs. 2 SGB V erfüllt haben. Die Grundeignung zur Abgabe der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im Rahmen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens ist durch Vorlage einer gültigen Bestätigung einer zur Präqualifizierung von Leistungserbringern geeigneten Stelle spätestens mit Vertragsbeginn nachzuweisen. Der Beitritt wird erst wirksam, wenn die Novitas BKK die übersandten Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft und diesem zugestimmt hat.

(2) Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften der § 33 SGB V, § 12 SGB V, § 70 SGB V und § 135a SGB V. Jede Versorgung muss insbesondere ausreichend und zweckmäßig erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen, Die Versichertenversorgung muss wirtschaftlich und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(3) Die Beratung und Versorgung nach diesem Vertrag ist ausschließlich durch fachlich qualifiziertes Personal (z.B. examinierte Gesundheits- bzw. Krankenpfleger/-schwester bzw. Kinderkrankenpfleger/-schwester mit einschlägiger Berufserfahrung, examinierte Altenpfleger/in mit einschlägiger Berufserfahrung, Apotheker) sicher zu stellen. Als Nachweis der Qualifikation übermittelt der Leistungserbringer auf Anforderung der Betriebskrankenkasse die Produktschulungsnachweise seiner Beratungsmitarbeiter. Der Vertragspartner ist verpflichtet entsprechend sicher zu stellen, dass sich die Mitarbeiter durch regelmäßige Teilnahmen an Fortbildungsveranstaltungen den jeweils neuesten Stand in der Hilfsmittelversorgung aneignen. Die Teilnahme an den Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und auf Anforderung der BKK nachzuweisen.

(4) Die Produktauswahl wird nach dem aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V vorgenommen. Mit Produkten, die nicht zugelassen sind, wird nur nach individueller Genehmigung der BKK unter Angabe einer gesonderten Begründung des Leistungserbringers versorgt.

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich die Bearbeitung von Kostenangeboten, falls sie nach diesem Vertrag erforderlich sind (Anlage 1 zum Vertrag) oder bei Änderung von der Genehmigungsfreiheit zur Genehmigungspflicht erforderlich werden, grundsätzlich auf elektronischem Weg (elektronisches Genehmigungsverfahren zur Kostenübernahme) mit Vertragsbeginn durchzuführen und Versorgungsaufträge/Anfragen anzunehmen. Das Kostenvorschlagsverfahren, soweit nach diesem Vertrag notwendig, ist vor der Produktlieferung sowohl in der Erstversorgung als auch in der Folgeversorgung vorzunehmen. Die Anlage 3 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten.

(6) Der Leistungserbringer übernimmt alle Pflichten nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und nach der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie Hilfsmittelrichtlinien und sonstige relevante Vorschriften und Gesetze in ihrer gültigen Fassung.

(7) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist.

(8) Ein Anspruch auf Leistungen und Vergütungen nach diesem Vertrag besteht nur bei einem gültigen Mitgliedschaftsverhältnis. Für genehmigungsfreie Versorgungsgen gemäß der Anlage 1 zu diesem Vertrag behält sich die BKK das Recht einer nachträglichen leistungsrechtlichen Prüfung vor. Der Leistungserbringer hat die ärztliche Verordnung daher auf Plausibilität (z.B. korrekte Bezeichnung des Kostenträgers) zu prüfen.

§ 4 Haftung

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- sowie Vermögensschäden für die Laufzeit des Vertrages, entsprechend den Empfehlungen des § 126 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, vorzuhalten.

(2) Der Nachweis ist im Rahmen des Vertragsabschluss bzw. Vertragsbeitritt der Betriebskrankenkasse auf Anforderung auszuhändigen.

§ 5

Versorgung der Versicherten

(1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur bei Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16) gemäß den Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit entsprechender Diagnose erbracht werden. Von Krankenhausärzten ausgestellte und vom „Muster 16“ abweichende Verordnungen werden von der BKK akzeptiert, wenn diese in Folge eines unmittelbar vorausgehenden stationären Krankenhausaufenthaltes ausgestellt worden sind. Wird der Versicherte am Wochenende (Freitag, Samstag oder Sonntag) oder an einem Feiertag aus dem Krankenhaus, ohne eine „Klinikverordnung“ erhalten zu haben entlassen und kann eine vertragsärztliche Verordnung nicht mehr rechtzeitig eingeholt werden, muss diese unverzüglich (innerhalb der folgenden 2 Werktage) vom niedergelassenen Vertragsarzt eingeholt werden.

Der Vertragspartner stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt (z.B. Angabe Diagnose, Versorgungszeitraum) und dass die Angaben schlüssig sind. Dazu kann der Vertragspartner Rücksprache mit dem Verordner halten. Das Ergebnis ist hierbei nachvollziehbar zu dokumentieren und der BKK mit der Verordnung im Wege des elektronischen Kostenvoranschlages, soweit nach diesem Vertrag notwendig, zur Verfügung zu stellen.

(2) Die Kostenvoranschläge, die nach diesem Vertrag zu erstellen sind, werden elektronisch durch den Vertragspartner unter Beifügung der ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung erstellt und benötigen eine Genehmigung. Dies gilt für die Erstversorgung und für jede Folgeversorgung. Das Kostenvoranschlagsverfahren ist vor der Produktbelieferung sowohl in der Erstversorgung als auch in der Folgeversorgung vorzunehmen. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Bewilligung besteht nicht. Ein Vergütungsanspruch für Hilfsmittel, die ohne vorherige Genehmigung der Betriebskrankenkasse ausgeliefert wurden, besteht weder gegen die BKK noch gegen den Versicherten. Anderslautende Vereinbarungen zwischen Vertragspartner und den Versicherten sind nicht zulässig. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße gewertet. Die BKK ist berechtigt, die Genehmigungsfreiheit aufzuheben oder später wieder einzuführen. Die Änderung ist dem Vertragspartner und den Beigetretenen mindestens einen Kalendermonat vor Umsetzung mitzuteilen.

(3) Der Vertragspartner verzichtet darauf, sogenannte „Bindungserklärungen“ (Versicherter muss die Leistung beim Leistungserbringer in Anspruch nehmen und bezahlen, wenn die BKK den Leistungsantrag nicht genehmigt) vom Versicherten einzufordern oder unterschreiben zu lassen. Verstöße werden als schwerwiegende Vertragsverstöße dieses Vertrages gewertet.

(4) Die Lieferung der nach diesem Vertrag vereinbarten Produkte für die enterale Nahrung und Zubehör erfolgt grundsätzlich für einen Kalendermonat. Monatsübergreifende Versorgungszeiträume (z.B. 10.08.2017 – 11.09.2017, werden im Genehmigungs- (wenn die Genehmigungsfreiheit zurück genommen wurde) und Abrechnungsverfahren nicht akzeptiert. Jeder Versorgungszeitraum ist durch eine Verordnung zu belegen. Die BKK akzeptiert Verordnungen, die als Dauerverordnung gekennzeichnet sind, für längstens 12 Kalendermonate. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt mit Datum erneut abzuzeichnen. Nach Ablauf des Versorgungs- bzw. Genehmigungszeitraumes ist eine neue aktuelle Verordnung vorzulegen, wenn die Versorgung weiterhin notwendig ist.

(6) Die enterale Nahrung sowie die Technik- und Verbrauchshilfsmittel sind jeweils auf getrennten Verordnungsblättern zu verordnen.

(7) Ein Versorgungsauftrag, der von der BKK an den Vertragspartner geht, gilt als genehmigt. Der Versorgungsauftrag wird an den Vertragspartner elektronisch übermittelt. Eine elektronische Versorgungsanfrage ist vom Vertragspartner im selben Vorgang mit einem Kostenvoranschlag zu beantworten. Die Zusendung eines gesonderten Kostenvoranschlages per Papier oder über einen neuen elektronischen Vorgang ist unzulässig. Fehlerhafte Vorgänge werden zurück gewiesen.

(8) Die Versorgung hat innerhalb von 3 Werktagen nach Vorlage der genehmigungsfähigen Unterlagen beim Leistungserbringer zu erfolgen. Wenn der Vertragspartner die Versorgung nicht innerhalb von 3 Werktagen nachkommt bzw. nachkommen kann, hat er dies innerhalb dieser Frist der BKK anzuzeigen, damit eine anderweitige Versorgung in Auftrag gegeben werden kann. Etwaige dadurch entstehende Mehrkosten hat der Leistungserbringer der BKK zu erstatten.

(9) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit zu den ortsüblichen Telefonkosten von Montag bis einschließlich Freitag in der Zeit von 08.00 Uhr bis 18.00 Uhr sicher. Vereinbarte Rückrufe sind spätestens am folgenden Werktag vorzunehmen.

(10) Der Vertragspartner informiert den Versicherten über den Leistungsumfang der jeweiligen Versorgung und stellt sicher, dass dieser innerhalb des jeweiligen Versorgungszeitraumes nur von ihm versorgt wird. Hierzu händigt der Vertragspartner dem Versicherten bei Versorgungsbeginn eine Versicherteninformation (Anlage 4) aus und holt die Bestätigung des Empfangs der Information beim Versicherten ein. Das Original verbleibt beim Leistungserbringer, eine Durchsicht wird dem Versicherten ausgehändigt.

§ 5a

Beratung der Versicherten

Der Leistungserbringer berät die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung in einem dem Versorgungsumfang angemessenen Rahmen (§127 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung) welche Hilfsmittel in der konkreten Versorgungssituation geeignet und notwendig sind. Die Beratung wird vom Leistungserbringer dokumentiert. Handelt es sich bei der Beratung um eine Erstversorgung durch den Leistungserbringer ist die Beratung durch Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen. Bei einer Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Auftragswert 50,00 Euro netto unterschreitet, ist eine Beratung durch Unterschrift nicht notwendig.

§ 6

Versorgung in Sonderfällen

Kann eine Versorgung mit zugelassenen Produkten nach dem gültigen Hilfsmittelverzeichnis nicht erfolgen, so hat der Leistungserbringer dies der BKK gesondert zu be-

gründen. Diese klärt unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Versorgung.

§ 7

Vertragsärztliche Verordnung

(1) Der verordnende Arzt stellt die Versorgungsnotwendigkeit fest. Die auf der Verordnung angegebenen Zeiträume oder Mengenangaben sind für die Beteiligten maßgebend.

(2) Als Versorgungszeitraum wird der Kalendermonat angesehen. Monatsübergreifende Versorgungszeiträume (z.B. 12.03.2017 – 11.04.2017) werden im Abrechnungsverfahren nicht akzeptiert. Jeder Versorgungszeitraum ist durch eine Verordnung zu belegen. Die BKK akzeptieren Verordnungen – auch ohne ärztliche Angabe von Versorgungszeiträumen, jedoch mit dem Vermerk Dauerverordnung – für längstens 12 Kalendermonate, es sei denn die Verordnung ist vom Arzt mit einem kürzeren Zeitraum versehen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt mit Datum erneut abzuzeichnen. Nach Ablauf des Versorgungszeitraumes ist eine neue aktuelle Verordnung vorzulegen, wenn die Versorgung weiterhin notwendig ist.

(3) Die Verordnung ist nach Ausstellung 28 Tage gültig (§ 8 Abs. 2 Hilfsmittelrichtlinie). Der Leistungserbringer ist für das Vorliegen einer gültigen Verordnung verantwortlich. Lieferungen ohne gültige Verordnung erfolgen auf eigenes wirtschaftliches Risiko.

(4) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Verordnungen ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt (insbesondere Angabe der Diagnose, ggf. Anzahl/Menge und Art der benötigten Produkte, ggf. des Versorgungszeitraumes) und dass die Angaben schlüssig sind. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind durch den Arzt mit Datum erneut abzuzeichnen.

§ 8

Qualität der erbrachten Leistung

(1) Der Leistungserbringer ist dafür verantwortlich, dass die von ihm abgegebenen Produkte stets den Qualitätsstandards/Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses in der jeweils aktuellen Fassung nach 139 SGB V genügen.

(2) Der BKK steht es jederzeit frei, die Versorgung ihrer Versicherten in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zulassen. Im Allgemeinen sind u.a. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie Versichertenbefragungen geeignete Mittel der Nachprüfung.

(3) Die Lieferung der Produkte erfolgt in neutraler Verpackung.

(4) Der Leistungserbringer unterrichtet den Versicherten zu Beginn der Versorgung über Ansprechpartner, Telefonnummer und den Ablauf der Versorgung.

§ 9

Leistungserbringerwechsel

Ein Wechsel des Leistungserbringers ist unter Berücksichtigung des Versorgungszeitraumes erst zum Ende eines Monats im Versorgungszeitraum möglich. Der neue Leistungserbringer hat vor Beginn der Versorgung - in Abstimmung mit dem Versicherten - den Wechsel des Leistungserbringers beim bisher beauftragten Leistungserbringer anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem abzustimmen. Die BKK ist vor Beginn des Wechsels ebenfalls zu informieren. Wurde ein Versicherter im gleichen Versorgungszeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, so kann nur der erstangegangene bzw. der bisherige Leistungserbringer eine Vergütung beanspruchen.

§ 10

Eigentumsverhältnisse

Der Leistungserbringer verpflichtet sich an die Versicherten ausschließlich Hilfsmittel auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind.

§ 11

Vergütung

(1) Bei den in der Anlage 1 vereinbarten Preisen handelt es sich um Nettopreise. Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten.

(2) Mit den in der Anlage 1 vereinbarten Vergütungen sind alle dem Leistungserbringer nach diesem Vertrag obliegenden Leistungen – bei pauschaler Versorgung für den kompletten Versorgungszeitraum - abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig, es sei denn der Versicherte hat, ungeachtet der ausführlichen Information des Leistungserbringers, ausdrücklich eine über diesen Vertrag hinausgehende Lieferung verlangt.

(3) Die Pauschale kann je Versorgungszeitraum nur einmal abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung der Pauschale während des Versorgungszeitraumes - z. B. bei einem Wohnortwechsel oder einer Doppelversorgung des Versicherten - ist nicht zulässig.

(4) Die Vergütung für die enterale Nahrung, Verbandmittel, die Technik- und Verbrauchshilfsmittel und die Bolusgaben erfolgen in Monatspauschalen. Teilmonate (Beginn und Ende der Versorgung im Kalendermonat) werden ebenfalls mit der vollen Monatspauschale vergütet. Die Monatspauschale beginnt immer mit dem 1. eines Kalendermonats und endet grundsätzlich mit dem letzten Tag eines Kalendermonats (die Anlage 4 dieses Vertrages ist dabei zwingend zu beachten). Neben der Pauschale für Sondennahrung ist eine Abrechnung von Trinknahrung nicht möglich. Sofern die Pauschale Technik- und Verbrauchshilfsmittel abgerechnet wird, ist die Pauschale Bolusgaben nicht zulässig.

(5) Sofern ein Versicherter für einen vollen Kalendermonat die Leistungen des Leistungserbringers wegen vollstationärer Behandlung (Krankenhaus oder stationärer Rehabilitationseinrichtung) nicht in Anspruch nimmt, erfolgt keine Abrechnung für diesen Kalendermonat. Wird der BKK dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung der Vergütung für den betreffenden Kalendermonat erfolgen. Die Rückforderung muss innerhalb von 12 Monaten nach Bekanntgabe erfolgen.

(6) Die Leistungspflicht der BKK endet, wenn

- die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers gegeben ist,
- die medizinischen Versorgungsnotwendigkeit nicht mehr vorliegt,
- die Mitgliedschaft des Versicherten bei der BKK beendet ist (bei Tod des Versicherten ist das Ende der Pauschale der Todestag)

Die Versorgung endet mit Ablauf des letzten Kalendermonats, in dem der Versicherte die Produkte zur Versorgung benötigt. Wird der BKK dieser Sachverhalt erst nachträglich bekannt, kann eine Rückforderung der Vergütung für die betreffenden Kalendermonate erfolgen (z.B. bei abgerechneten Leistungen nach dem Tod).

(7) Unter Berücksichtigung der Zuzahlungsvorschriften nach § 33 Abs. 2 in Verbindung mit den §§ 61, 62 SGB V zieht der Leistungserbringer die Zuzahlung vom Versicherten ein.

§ 12 Abrechnung

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und ggf. hierauf basierende Vereinbarungen oder Verträge.

(2) Die Abrechnung erfolgt direkt bei der zuständigen BKK oder der von der einzelnen Betriebskrankenkasse jeweils benannten Abrechnungsstelle. Die Anlage 3 ist inhaltlich ebenfalls bei der Abrechnung zwingend zu beachten.

(3) Die Abrechnung der Vergütungen erfolgt nach den Regelungen der Anlage 1. Bei der Abrechnung ist zwingend die ärztliche Verordnung, sowie die schriftliche Empfangsbestätigung des Versicherten (z.B. Lieferschein) beizufügen.

Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Versandunternehmens ausreichend. Diese Nummer ist dann versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz unter dem TEXT-Segment anzugeben. Der elektronische Liefernachweis kann von der BKK jederzeit auf Anforderung eingesehen werden. Gleiches gilt für Versorgungen im stationären Bereich.

(4) Die Abrechnung erfolgt spätestens in dem Quartal, das dem Leistungsmonat folgt.

(5) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 Abs. 2 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Bei Zurückweisung der vollständigen Rechnung tritt eine Fälligkeit nicht ein. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Leistungen, für die die rechnungsbegründenden Unterlagen nach Abs. 3 fehlen, werden nicht vergütet.

(6) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung können die Betriebskrankenkassen dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers – mit einer der nächsten Abrechnungen verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor. Bei Beanstandungen durch die Betriebskrankenkasse hat der Leistungserbringer die Möglichkeit innerhalb von 6 Monaten mit Begründung zu widersprechen.

(7) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang bzw. nach gemeinsamer und vollständiger Umsetzung der Abrechnung nach § 302 SGB V drei Wochen nach Rechnungseingang direkt von der Betriebskrankenkasse oder von der jeweils von der einzelnen Betriebskrankenkasse benannten Abrechnungsstelle bezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tage des Eingangs der vollständigen Abrechnung bei der Abrechnungsstelle. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

(8) Wird die Abrechnung von dem Leistungserbringer auf ein Abrechnungszentrum übertragen, so hat der Leistungserbringer die Betriebskrankenkassen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkassovollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich.

Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass die vereinbarten Abrechnungsmodalitäten von dem Abrechnungszentrum eingehalten werden. Insbesondere hat der Leistungserbringer sicher zu stellen, dass das von ihm beauftragte Abrechnungszentrum die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung bei der Rechnungsstellung einhält und im Rahmen der Rechnungsstellung auch insbesondere Abrechnungscode und Tarifikennzeichen sowie die Abrechnungspositionsnummern übermittelt.

(9) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 7 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Der getroffene Vertrag über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der BKK vorzulegen.

§ 13

Zuzahlungen

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Zuzahlung nach § 61 SGB V von den Versicherten einzuziehen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer zu quittieren. Auf der Quittung muss der Name des Versicherten, der Betrag der Zuzahlung, der Monat und das Jahr der Zuzahlung sowie der Grund „Zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel“ angegeben werden. Der Vergütungsanspruch gegenüber der BKK verringert sich um den Zuzahlungsbetrag.

§ 14

Depotverbot

Das Depotverbot nach § 128 Abs.1 SGB V ist zu beachten.

§ 15

Werbung

(1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der BKK beziehen. Werbung in Arztpraxen und Kliniken oder deren Zugängen ist unzulässig.

(2) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt / einer Klinik mit dem Ziel der Leistungsausweitung oder dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

(3) Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Artikel oder auch einer Versorgungsform (Kauf oder pauschale Versorgung) ist ebenfalls nicht zulässig.

(4) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung nach diesem Vertrag sind unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. Sofern Zahlungen des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte als Abgeltung für erbrachte Leistungen erfolgen, ist hiervon die BKK unaufgefordert, detailliert (Höhe des Entgelts, Leistungsinhalt, zeitlicher Umfang) in Kenntnis zu setzen.

§ 16

Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Datenschutz und den Schutz der Sozialdaten (BDSG, SGB X 2. Kapitel) zu beachten.

(2) Personenbezogene Daten darf der Leistungserbringer nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, bekanntgeben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Daten des Versicherten dürfen nur gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem MDK und der BKK bekanntgegeben werden.

(3) Der Auftragnehmer setzt für die auftragsgemäße Verarbeitung personenbezogener Daten bzw. Sozialdaten nur Personal ein, das auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG und das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I verpflichtet wurde, über die Regelungen zum Bundesdatenschutzgesetz und sonstiger datenschutzrechtlicher Vorschriften insbesondere im SGB X angemessen und der Aufgabensituation entsprechend belehrt wurde und das über genügend Sachkunde für die ordnungsgemäße Abwicklung der Aufgaben verfügt. Entsprechende Verpflichtungserklärungen sind auf Verlangen der BKK vorzulegen.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertragsverhältnis bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten der jeweiligen Betriebskrankenkasse, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.

(5) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der BKK für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), Sozialgeheimnis (SGB I) und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen.

§ 17

Vertragsverstöße

(1) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann ihn die BKK warnen und/oder die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe festlegen.

(2) Die Vertragsstrafe nach erfolgter schriftlicher Anhörung beträgt:

- € 1.000,00 bei Verstößen gegen die §§ 3 und 8 und 12 und 14 des Vertrages;
- € 5.000,00 bei Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.

(3) Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Vertragsverstoß entstandene Schaden zu ersetzen. Wiederholte oder schwere Verstöße gegen diesen Vertrag führen ggf. zu einer Veranlassung eines Widerrufs der Zulassung und/oder Vertragskündigung.

§ 18

Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2017 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2018 schriftlich gegenüber der BKK

– auch durch Mitarbeiter - gekündigt werden. Die Kündigung kann auch per E-Mail erfolgen. Gleiches gilt auch für die BKK.

(2) Der Vertrag ist aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündbar. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, sofern

- der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten aus den § 3, 5 und 6 trotz Abmahnung nicht erfüllt
- die gesetzliche Grundlage für diesen Vertrag entfällt.

(3) Abweichende oder zusätzliche Absprachen zwischen den vertragschließenden Parteien und den Beigetretenen sind möglich und bedürfen der schriftlichen Zustimmung beider Vertragsparteien.

(4) Der BKK steht für den Fall einer Fusion mit einer anderen Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht mit einer Frist von vier Wochen zum Fusionszeitpunkt (Datum der Fusion) zu.

§ 19 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages fehlen, ganz oder teilweise nichtig/rechtswidrig sein oder werden, so wird hierdurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragsparteien und die Beigetretenen unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 20 Schlussbestimmungen

(1) Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung dieser Schriftformklausel.

(2) Gerichtsstand für etwaige Streitigkeiten aus bzw. im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Duisburg.

Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers:

Unterschrift und Stempel der Novitas BKK:

Anlage 1 – Vergütungsvereinbarung ab 01.04.2023

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit enteraler Ernährung sowie Technik- und Verbrauchshilfsmittel

LEGS nach § 302 SGB V: 19 00 400

LEGS nach § 300 SGB V: 8 00 400

Abrechnungs- Positionsnummer / PZN (Pharmazent- ralnummer) / Son- derkennzeichen	Bezeichnung	Hilfsmittel- kennzei- chen	Nettopreis	Genehmi- gungspflicht
09999175	Sondennahrung (Pauschale)	08/09/10		Nein
03.99.07.0900	Technik- und Ver- brauchshilfsmittel (Pauschale)	08/09/10		Nein
	Verbandstoffe sind mit der Pau- schale Sondennah- rung abgegolten		./.	
03.99.01.3900	Produkte für Bolus- gaben (Pauschale)	08/09/10		Nein

Umfang und Vergütung der Versorgung enteraler Ernährung und Zubehör (Tech- nik- und Verbrauchshilfsmittel)

Mit der monatlichen Versorgungspauschale sind alle relevanten Leistungen für die pau-
schale Versorgung aus dem Vertrag und seinen Anlagen abgegolten.

Hierzu zählen u.a.:

1. Sondennahrung (Standard oder Spezial):

- Verbandstoffe, die im Zusammenhang mit der enteralen Ernährung benötigt werden, sind mit der Monatspauschale Sondennahrung abgegolten und nicht

zusätzlich abrechenbar. Sofern ein Versicherter nur Verbandmittel erhält, greift dieser Vertrag nicht und es können ausschließlich die Verbandmittel je nach medizinischer Notwendigkeit verordnet und abgerechnet werden. Eine Abrechnung der Sondennahrungspauschale kommt dann nicht in Betracht.

- Neben der Pauschale für Sondennahrung ist eine Abrechnung von Trinknahrung nicht möglich.
- Versorgungen im Bereich der Pädiatrie mit besonderen Anforderungen des Stoffwechsels oder auch Nahrungsmittelallergien sind nicht enthalten. Diese Fälle sind per Kostenvoranschlag einzureichen.

2. Technik- und Verbrauchshilfsmittelpauschale:

- Ernährungspumpe (mobil oder stationär) für die enterale Ernährung.
- Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie (wie z.B. Überleitsysteme für Schwerkraftsystem oder Pumpe, Adapter, Blasen- und Sondenspritzen, Dosierhilfen, Leerbeutel, Sicherheitsverbinder, Winkeladapter, usw.).
- Infusionsständer
- Ausgenommen von der Technik- und Verbrauchshilfsmittelpauschale sind Tragetaschen bzw. Rucksäcke für Ernährungspumpen bei mobilen Versicherten, Button, Gastrotubes, PEG-Sonden, PEJ-Sonden und transnasale Sonden
- Sofern eine Versorgung ohne Überleitsysteme (Bolusgaben) erfolgt, ist die Abrechnung der Technik- und Verbrauchshilfsmittelpauschale nicht zulässig.
- Sofern ein Versicherter Spritzen zur Medikamentengabe erhält, sind diese nicht über diesen Vertrag abrechenbar.

3. Sicherstellung der definierten Qualitäts- und Versorgungsstandards sowie der entsprechenden Serviceleistungen nach diesem Vertrag und seinen Anlagen.
4. Zur Sicherstellung einer ständigen Betreuung der Versicherten gewährleistet der Vertragspartner einen 24-Stunden-Notdienst, auch an Sonn- und Feiertagen. Die Notdienstnummer ist den Versicherten oder deren Betreuungsperson bekannt zu geben. Der Notdienst steht für Rückfragen und Komplikationsbehebungen jederzeit telefonisch und persönlich zur Verfügung und wird bei Anforderung durch den Arzt, den Versicherten oder dessen Betreuungsperson direkt tätig.
5. Durchführung sicherheitstechnischer Kontrollen, Reparaturen, Wartungen gemäß der Herstellerinformationen und der Ersatzversorgung, sowie die Auslieferung.
6. Kostenfreie Belieferung, auf Wunsch des Versicherten in neutraler Verpackung, Abholung und Aussonderung der Geräte.

7. Die vorgenannten Preise gelten unabhängig vom Alter für alle Versicherten. Ausnahmen im Bereich der Pädiatrie mit besonderen Anforderungen des Stoffwechsels oder auch Nahrungsmittelallergien.
8. Der Vertrag umfasst nicht die Versorgung von Versicherten bei enteraler Ernährung und Zubehör sowie Trinknahrung, die über andere Vereinbarungen (z.B. Sprechstundenbedarf und ärztliche Sachkosten) durch die BKK zu vergüten sind.
9. Die Abrechnung der Technik- und Verbrauchshilfsmittel und Produkte für Bolusgaben haben nach § 302 SGB V zu erfolgen. Alle weiteren Leistungen dieser Anlage haben nach § 300 SGB V zu erfolgen.

Anlage 2 - Beitrittserklärung

Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V zum Vertrag über die Versorgung bei enteraler Ernährung sowie Technik- und Verbrauchshilfsmittel

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

Hiermit trete ich dem Vertrag über die Versorgung bei enteraler Ernährung, Zubehör sowie Trinknahrung 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 eMail.

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

Der Vertragspartner sowie der Beigetretenen kann den Beitritt zum Vertrag gemäß § 18 des Vertrages kündigen. Die Kündigung ist schriftlich, auch per E-Mail, zu erklären.

Eine Beendigung des Vertrages bewirkt auch eine Beendigung des Beitritts.

Ansprechpartner für Versicherte

Tel.:
Fax:
E-Mail Adresse:

Ansprechpartner für Betriebskrankenkasse

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

Unterlagen zum Vertragsbeitritt (**bitte unbedingt mit einreichen**):

☐ Präqualifizierungsnachweis

☐ Institutionskennzeichen: _____

☐ Liefergebiet (Bundesweit, Bundesland, Postleitzahl)

Ort, Datum

Unterschrift

Firmenstempel

MERKBLATT

- wichtig für den Ablauf und die Abrechnung –

- Die Nahrung und die Hilfsmittel sind getrennt auf zwei Verordnungen vom Arzt zu verordnen.
- Die Anlage 4 verbleibt beim Leistungserbringer
- Die Lieferbestätigung in ZHP – wenn nach dem Vertrag notwendig - ist sofort zu setzen,
- Neben der Pauschale für Sondennahrung ist eine Abrechnung von Trinknahrung nicht möglich.
- Eine Abrechnung der Pauschale für Bolusgaben ist neben der Pauschale für Technik- und Verbrauchshilfsmittel nicht möglich.

Anlage 3 – Lieferbedingungen zur Anlieferung von elektronischen Kostenvoranschlägen

1 Grundsätze

- Die BKK verzichtet auf die Vorlage von Kostenvoranschlägen bei dem im Vertrag als genehmigungsfrei beschriebenen Konstellationen.
- 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 eine gültige Krankenversichertennummer zu übermitteln, welche im Aufbau 10-stellig ist und mit einem Buchstaben beginnt. In der Regel findet sich die Krankenversichertennummer 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 „999999999“ 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 Datum des Kostenvoranschlages.
Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)	Der Leistungserbringergruppenschlüssel ist folgendermaßen anzugeben:

	Leistungen nach § 302 SGB V =1900400 Leistungen nach § 300 SGB V =1900400 Beim elektronischen Kostenvoranschlag ist der 6-stellige LEGS für Leistungen nach § 300 SGB V mit einer „0“ vorangestellt einzugeben, soweit eine Genehmigungspflicht nach diesem Vertrag besteht
Abrechnungspositionsnummer (Versorgungseinheit)	Es ist immer die jeweils 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Abrechnungsnummer, die PZN oder das Sonderkennzeichen im Sinne des Vertrages anzugeben.
Hilfsmittelpositionsnummer (Positionen zur Versorgungseinheit)	Die Erfassung von weiteren Hilfsmittelnummern ist auf Grund der vertraglichen Konstellation ausgeschlossen.
Bezeichnung des Hilfsmittels	Die Bezeichnung folgt der passenden Bezeichnung zur Hilfsmittelnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis, der PZN nach der Lauer-Taxe oder bei vertraglich geregelten Nummern der Bezeichnung nach dem Vertrag. Ist eine solche nicht vorhanden, ist der Gerätenamen /-Typ manuell zu erfassen.
Hilfsmittelkennzeichen	Das Hilfsmittelkennzeichen ist im Sinne des Vertrages ausschließlich wie folgt anzuliefern: 00 = Neulieferung 08 = Vergütungspauschale (Erstversorgungen) 09 = Folgevergütungspauschale (Folgeversorgungen) 10 = Folgeversorgung
Leistungsbeginn	Leistungsbeginn bei <u>Pauschalen</u> ist immer der 1. eines Kalendermonats. <u>Beispiel:</u> Auslieferung: 15.07.2017, Leistungsbeginn 01.07.2017 Bei einer Folgepauschale muss der Leistungsbeginn immer direkt an die vorherige Versorgung anknüpfen. <u>Beispiel:</u> Ende vorherige Pauschale: 30.07.2017, Leistungsbeginn Folgepauschale: 01.08.2017

Leistungsende	Leistungsende bei <u>Pauschalen</u> ist grundsätzlich der letzte Tag eines Kalendermonats. <u>Ausnahme:</u> Sofern dem Vertragspartner das Todesdatum eines Versicherten bekannt ist, so ist dieses Datum als Leistungsende anzugeben.
Menge/Anzahl	<u>Pauschalen</u> Die Menge ist immer mit „1“ zu erfassen.
Einheit	<u>Pauschalen</u> Die Einheit ist immer mit „Pauschale“ zu bezeichnen.
Preis	Es ist der Nettowert gemäß der vertraglichen Vereinbarung auszuweisen. 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	Folgende Images sind dem elektronischen Kostenvoranschlag in leserlicher Form beizufügen: • Ärztliche Verordnung • Ggf. weitere erforderliche Unterlagen Je Datei ist die Größe auf 2 MB beschränkt. Als Dateiformate sind JPG, TIF und PDF zulässig.

Anlage 4 – Versicherteninformation

Angaben zum Versicherten

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

Angaben zum Produkt

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

Der Vertragspartner _____ versorgt Sie ab dem _____ mit Enteraler Nahrung sowie Technik- und Verbrauchshilfsmittel. Hierfür erhält der Vertragspartner Versorgungspauschalen von Ihrer Novitas BKK. Deshalb bitten wir Sie, die folgenden Hinweise unbedingt zu beachten:

- Die enterale Nahrung (Nahrung) sowie die Technik- und Verbrauchshilfsmittel (Hilfsmittel) werden von dem Vertragspartner bezogen.
- Die Nahrung und die Hilfsmittel sind getrennt auf zwei Verordnungen vom Arzt zu verordnen.
- Wenden Sie sich bitte ausschließlich an diesen Vertragspartner, wenn Lieferungen von Verbrauchsmaterialien oder Zubehör sowie sonstige Service- und Dienstleistungen im Zusammenhang mit dieser Versorgung notwendig werden.
- Bitte teilen Sie dem Vertragspartner anstehende Umzüge, insbesondere in ein Pflegeheim, sowie planbare Aufenthalte in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung rechtzeitig mit.
- Die Novitas BKK akzeptiert ärztliche Verordnungen für einen Zeitraum von längstens 12 Monaten – es sei denn, der Arzt hat einen kürzeren Zeitraum auf der Verordnung angegeben.
- Die in diesem Vertrag vereinbarten Produkte werden grundsätzlich für einen Kalendermonat geliefert. Wenn Sie es ausdrücklich wünschen, ist auch eine Belieferung für maximal 3 Kalendermonate möglich.

- Ein Wechsel des Vertragspartners ist nach Ablauf eines vollen Kalendermonats – beziehungsweise bei längeren Verordnungszeiträumen nach deren Ablauf – möglich. Wenn Sie innerhalb eines Versorgungszeitraums mehrere Vertragspartner mit der Versorgung beauftragen, tragen Sie die dadurch entstehenden Mehrkosten.
- Informieren Sie bitte rechtzeitig vor einem Wechsel des Vertragspartners Ihren bisherigen Vertragspartner und die Novitas BKK, damit es nicht zu doppelten Versorgungen kommt.
- Sie erhalten eine Durchschrift. Das Original verbleibt beim Leistungserbringer.

Name, Vorname

Datum