

**Merkblatt:
Bedruckung und Prüfung des Apothekenbeleges
für die Abrechnung pharmazeutischer Dienstleistungen (SB-pDL)**

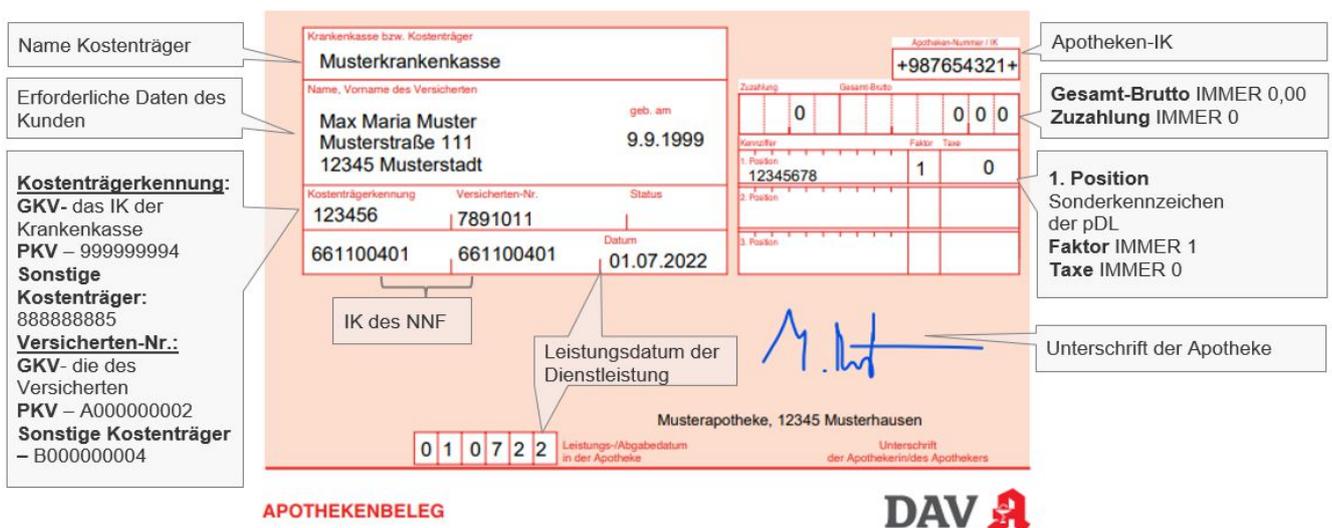
- Die **SB-pDL** sind nicht auf Ihre Apotheke personalisiert, sondern stellen einen Vordruck dar, auf den die erforderlichen Daten gedruckt werden müssen. Dabei unterstützt Sie systemseitig Ihre Warenwirtschaft.
- Für jede pharmazeutische Dienstleistung ist ein **SB-pDL** in schwarzer Schrift zu bedrucken.
- Bitte prüfen Sie stets, ob der **SB-pDL korrekt, vollständig und leserlich entsprechend der Formalien ausgefüllt wurde**. Die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Apothekenrechenzentren hierzu vereinbarte technische Anlage finden Sie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes unter:

https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/apotheken/technische_anlagen_aktuell/TA1_Anhang_3_PhDL_20211122.pdf
- Die **SB-pDL** geben Sie zur Weiterverarbeitung **ausschließlich** an Ihr Apothekenrechenzentrum. Eine Weiterleitung an den bzw. direkte Einreichung beim Nacht- und Notdienstfonds des DAV. e. V. (NNF) ist aufgrund der sich darauf befindlichen Sozialdaten **unzulässig**. Ihr Apothekenrechenzentrum übernimmt die weitere Bearbeitung und leitet die notwendigen Informationen an den NNF weiter.
- Bitte beachten Sie, dass die **SB-pDL** fristgemäß eingereicht werden! Im Übrigen verweisen wir auf den Anhang 3 der TA1.
- Zur Prüfung der korrekten und vollständigen Bearbeitung der eingereichten **SB-pDL** wenden Sie sich bitte an Ihr Apothekenrechenzentrum oder nutzen Sie von diesem bereitgestellte Abrechnungstools (Portale, Apothekenabrechnung etc.).
- Die Zuordnung der erbrachten pharmazeutischen Dienstleistungen erfolgt beim NNF auf den Tag genau. Somit wird bei Inhaber-/oder Rechtsformwechseln, sofern eine neue Fonds-Ident-Nummer vergeben wird, entsprechend der beim NNF im System hinterlegten Wechseldaten die Verteilung vorgenommen.
- Bei weiteren Fragen zum **SB-pDL** bitten wir Sie, zunächst den NNF zu kontaktieren, um Sie bei der Lösungsfindung unterstützen zu können – montags bis freitags von 08:00 bis 15:00 Uhr unter der Tel: 030 3404490-18.
- Weitere Informationen zur Abwicklung der Finanzierung pharmazeutischer Dienstleistungen seitens des NNFs (Abgabefristen, Anfordern neuer SB-pDL, allg. Verfahren usw.) finden Sie auf unserer Internetseite unter:

www.dav-notdienstfonds.de/pharmazeutische-dienstleistungen/

Bei technischen Fragen zur Bedruckung bzw. Weiterleitung an Ihr Apothekenrechenzentrum bitten wir Sie, Ihre entsprechenden Vertragspartner zu kontaktieren.

Muster (mit Erläuterungen zu den relevanten Feldern)



Name Kostenträger → Krankenkasse bzw. Kostenträger: **Musterkrankenkasse**

Erforderliche Daten des Kunden → Name, Vorname des Versicherten: **Max Maria Muster**, geb. am: **9.9.1999**, Musterstraße 111, 12345 Musterstadt

Kostenträgerkennung:
GKV - das IK der Krankenkasse: **PKV – 999999994**
Sonstige Kostenträger: **888888885**
Versicherten-Nr.:
GKV - die des Versicherten: **PKV – A000000002**
Sonstige Kostenträger – **B000000004**

Kostensträgerkennung: **123456** | **Versicherten-Nr.:** **7891011** | **Status:** **661100401** | **Datum:** **01.07.2022**

IK des NNF → **661100401**

Leistungsdatum der Dienstleistung → **01.07.2022**

Apotheken-Nummer / IK → **+987654321+**

Zahlung → **Zuzahlung:** **0** | **Gesamt-Brutto:** **0 0 0**

Gesamt-Brutto IMMER 0,00
Zuzahlung IMMER 0

1. Position → **Sonderkennzeichen der pDL:** **Faktor IMMER 1**, **Taxe IMMER 0**

1. Position → **Kennziffer:** **12345678** | **Faktor:** **1** | **Taxe:** **0**

2. Position → **3. Position**

Unterschrift der Apotheke → *M. Muster*

Musterapotheke, 12345 Musterhausen

Leistungs-/Abgabedatum in der Apotheke → **0 1 0 7 2 2**

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

APOTHEKENBELEG **DAV** 