

Kommunaler Versorgungsverband
 Brandenburg
 - Beihilfe -
 Postfach 12 09
 16771 Gransee

Geschäftspartner-Nr.	Mitglieds-Nr.
Name der beihilfeberechtigten Person	
Vorname	
Geburtsdatum	im Todesfall das Sterbedatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
E-Mail	
Telefon	

Angaben der zu behandelnden Person

beihilfeberechtigte Person	verehelichte oder verpartnerte Person	Kind
Name, Vorname der zu behandelnden Person		Geburtsdatum

Bescheinigung der gesetzlichen Krankenkasse

Bitte lassen Sie diesen Vordruck von Ihrer Krankenkasse ausfüllen!

Rechnung vom:	
Rechnungsbetrag:	

Die o.g. Rechnung kann aus folgenden Gründen **nicht** von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden:

	Es handelt sich um eine IGeL-Leistung.
	Die Höchstzahl an Behandlungseinheiten ist erreicht.
	Die behandelnde Person hat keine kassenärztliche Zulassung.
	Die Verordnung erfolgte als Privatrezept. Eine Verordnung auf Kassenrezept zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wäre möglich gewesen.
	Die Behandlung ist auf Privatrechnung erfolgt. Die Behandlung wäre auf Versichertenkarte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich gewesen.
	Die Behandlung ist aufgrund des Leistungskatalogs nach dem SGB V von der Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.
	Eine freiwillige Leistung aufgrund der Satzung ist ausgeschlossen.
	Die Erstattung aus einem Gesundheitskonto/Gesundheitsdividende oder einem sonstigen Bonusprogramm ist ausgeschlossen.

	Sonstiges /Anmerkungen:
--	-------------------------

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel der Kasse
Ansprechpartner für Rückfragen
Telefonnummer
E-Mail-Adresse