

Formular zur Auszahlung von Versicherungsleistungen Landeskrankenhilfe



Angaben zum Versicherungsnehmer:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Bezirksdirektion Versicherungsnummer

Belege bitte nicht heften, aufkleben oder klammern

Zur Erstattung soll die bekannte Bankverbindung herangezogen werden.

Erstattungskonto neu: _____
bis auf Widerruf (Kontonummer) (Bankname und Bankleitzahl)

(IBAN)

(BIC)

(Kontoinhaber, falls abweichend)

Bitte beachten Sie, dass dieses Konto nur für die Erstattungsleistungen genutzt wird. Sofern dieses Konto auch für Beitragszahlungen gelten soll, bitten wir um gesonderte Mitteilung.

_____, ____ €

Summe der Rechnungsbeträge

Belege über unfallbedingte Behandlungen oder sonstige Unfälle

ja

nein

(auch verletzungsbedingte Behandlungen, Behandlungsfehler, Körperverletzung)

Bitte Informationen auf der 2. Seite dieses Schreibens beachten und das Feld „Platz für Mitteilungen“ für die Unfallschilderung nutzen.

Platz für Mitteilungen (z.B. Unfallschilderung mit Unfalldatum, Namens-, Anschriftenänderung)

Bitte beachten Sie die wichtigen, allgemeinen Hinweise auf der 2. Seite dieses Schreibens

Telefonnummer _____

Erreichbarkeit bei Rückfragen tagsüber

Datum _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

Wichtige allgemeine Hinweise

Beitragsrückerstattung	Als vollversichertes Mitglied können Sie von unserer Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit profitieren und somit einen Großteil Ihres Beitrages zurückerhalten. Wie das im Detail funktioniert, erfahren Sie auf unserer Homepage www.LKH.de .
Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen nach Empfehlung der STIKO in den ASZ-Tarifen	Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf unsere Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens gemäß Tarifbedingungen, sofern dafür eine gesonderte Rechnung gestellt wird.
Tarife mit Selbstbehalt	Falls Sie einen Tarif mit Selbstbehalt abgeschlossen haben, sollten Sie die Belege erst dann einreichen, wenn der entsprechende Betrag überschritten ist. Ggf. ist für Sie der Erhalt einer Beitragsrückerstattung günstiger.
Arzneimittel	Legen Sie uns die von der Apotheke quitierten Rezepte mit Angabe der Apotheken- und Pharmazentralnummer (PZN) sowie dem Bezugsdatum vor. Bitte reichen Sie keine zusätzlichen Bezahlnachweise oder Apothekenquittungen ein.
Heilmittel z.B. Massagen, Krankengymnastik	Um die Leistungen erstatten zu können, benötigen wir Einblick in Diagnosen und Behandlungsdaten. Bitte reichen Sie deshalb stets die ärztliche Verordnung zusammen mit der Rechnung ein.
Zahnarztrechnungen	Bitte fügen Sie bei Zahnersatzmaßnahmen die Material- und Laborkostenrechnungen bei.
Hilfsmittel	Wenn Sie teure Hilfsmittel benötigen, senden Sie uns vor dem Kauf die ärztliche Verordnung ggf. mit einem Kostenvoranschlag Ihres Sanitätshauses zu. Gern prüfen wir dann, ob Sie die Sonderkonditionen unserer Lieferanten nutzen können.
Geplante/begonnene Krankenhausbehandlungen	Wenn Sie bei einer geplanten/begonnenen Krankenhausbehandlung wünschen, dass wir die Unterbringungskosten direkt mit dem Krankenhaus abrechnen, legen Sie dem Krankenhaus bitte unser Formular „Entbindung von der Schweigepflicht und Auszahlungsermächtigung“ vor. Sie finden es im Dokumentenservice auf unserer Homepage www.LKH.de . Die Vorlage des ausgefüllten und unterschriebenen Formulars im Krankenhaus erleichtert es uns, Ihrem Wunsch nach Direktabrechnung zu entsprechen.
Krankenhausrechnungen	Sofern wir nicht direkt mit dem Krankenhaus abrechnen, empfehlen wir, eine Krankenhausrechnung erst dann zu bezahlen, wenn sie durch uns geprüft ist. So vermeiden Sie Fehlzahlungen, denn Krankenhausrechnungen nach DRG- und PEPP-Fallpauschalen können fehlerhaft sein.
Beihilfetarife mit Anspruch auf Ergänzungsleistungen	Bitte fügen Sie eine Kopie des Beihilfebescheides zu den beigefügten Rechnungen bei.
Unfall	<u>Unfall allgemein:</u> Bitte fügen Sie bei Verletzungen jeder Art eine Unfallschilderung bei. Darin sollten Angaben zum Unfallort, -zeitpunkt und -geschehen enthalten sein sowie zur Beteiligung Dritter. Wir möchten prüfen, ob andere Kostenträger Leistungen erstatten. <u>Berufs- bzw. Dienstunfall:</u> Bitte reichen Sie diese Belege zunächst bei der zuständigen Berufsgenossenschaft bzw. bei Ihrem Dienstherrn ein. <u>Schul- bzw. Kindergartenunfall:</u> Bitte reichen Sie diese Belege zunächst bei der zuständigen Schulverwaltung bzw. Kindergartenverwaltung ein. Einen Unfallfragebogen finden Sie im Dokumentenservice auf unserer Homepage www.LKH.de .
Auslandsbehandlungen	Bitte achten Sie darauf, dass die Rechnungen Angaben zur behandelten Person, die Diagnose, Behandlungsdaten und möglichst detaillierte Informationen in deutscher Sprache zu den durchgeführten Einzelleistungen (z.B. Untersuchungen, Spritzen, Röntgen) enthalten. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland geben Sie bitte den Zeitraum des Aufenthaltes an.