



Antrag auf Kostenerstattung für Mehrleistungen

Die Debeka BKK übernimmt gemäß Satzung Mehrleistungen für Sie nach § 11 Abs. 6 SGB V und § 20 d Abs. 2 SGB V.

Ich beantrage die Kostenerstattung für nachfolgende Mehrleistung/en:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Zahnpflege

- Professionelle Zahnreinigung

Osteopathie

- Osteopathische Behandlungen

Prävention

- Präventionskurse

Sportmedizin

- Sportmedizinische Beratung und Untersuchung
- Sportmedizinische Beratung und Untersuchung sowie Belastungs-Elektrokardiogramm, Lungenfunktionsuntersuchung **und** Laktatbestimmung bei Vorliegen von Risikofaktoren

Schutzimpfung

- Auslands- und Reiseimpfungen*
- Weitere Impfungen:
- Humane Papillomviren
 - FSME
 - Influenza
 - Meningokokken Typ B

Folgende Belege sind notwendig:

- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragszahnarzt.
- Originalrechnung/-quittung ausgestellt von einem Osteopathen, ärztliche Anordnung im Original **und** Qualifikationsnachweise über die Ausbildung der Osteopathen.
- Originalrechnung ausgestellt von einem zugelassenen Anbieter **und** Teilnahmebescheinigung im Original.
- Bei Yogakurs: Nachweis über Qualifikation des Anbieters.
- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt, ärztliche Anordnung im Original **und** Zulassung eines Sportmediziners.
- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt, ärztliche Anordnung (Beratung sowie Untersuchung) im Original, Zulassung eines Sportmediziners **und** zusätzliche Anordnung (Checks) vom Arzt im Original.
- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt oder dem Gesundheitsamt **und** quitierte Apothekenrezepte im Original.
- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt oder dem Gesundheitsamt **und** quitierte Apothekenrezepte im Original.

Schwangerschaft und Mutterschaft

- Toxoplasmosetest
- Nackenfaltenmessung

- Tripletest

- Zusätzliche Ultraschalluntersuchung
- Zytomegalietest (CMV-Antikörpertest)

- Geburtsvorbereitungskurs für Lebenspartner
- Rufbereitschaft Hebamme

Künstliche Befruchtung

Zusätzlich zu den nach § 27a Abs. 3 SGB V mit dem Behandlungsplan genehmigten Leistungen

- Zuschuss für max. 3 Behandlungsversuche

Folgende Belege sind notwendig:

- Originalrechnung
- Originalrechnung **und** Nachweis Risikoschwangerschaft **oder** ärztliche Empfehlung.
- Originalrechnung **und** Nachweis Risikoschwangerschaft **oder** ärztliche Empfehlung.
- Originalrechnung **und** ärztliche Empfehlung.
- Originalrechnung **und** formlose Erklärung über den Kontakt zu Kindern unter drei Jahren.
- Originalbeleg ausgestellt von einer Hebamme.
- Originalrechnung **und** ausgefüllter Abrechnungsvordruck im Original (**siehe:** www.debeka-bkk.de).

- Originalrechnung ausgestellt von einem zugelassenen Anbieter

Persönliche Angaben und Bankverbindung:

(Bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	BKK-Versichertennummer	
PLZ	Ort		
Bitte ausfüllen, sofern Ihre letzte Kostenerstattung mehr als 6 Monate zurückliegt.			
Kontoinhaber			
IBAN		BIC	

- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit sowie Vollständigkeit meiner Angaben und, dass ich **alle** notwendigen Original- und Zusatzbelege beigefügt habe.

Datum und Ort

Unterschrift des Debeka BKK-Versicherten