

Concordia
Krankenversicherungs-AG
Leistungsabteilung
30621 Hannover

Absender:

Leistungsantrag

► Versicherungsschein-Nr.:

(bitte stets angeben)

Bitte beachten Sie: Dieses Schreiben wird maschinell verarbeitet. Gesonderte handschriftliche Vermerke (z. B. Adressänderung, Namensänderung, Leistungshinweise etc.) bitten wir daher separat mitzuteilen. Vielen Dank.

- Beigefügt ist/sind: Beleg(e)
- Bescheinigung über stationäre Behandlung
 - Kostenvoranschlag
 - ergänzende/angeforderte Unterlagen

Bitte überweisen Sie den Leistungsbetrag

- auf das Konto, von dem die Beiträge abgerufen werden.
- auf das Konto des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person.

Kreditinstitut _____

IBAN _____

Kontoinhaber/in _____

Um die Bearbeitungszeit nicht unnötig zu verlängern, bitten wir Sie, Ihre Kontoverbindung nur dann einzutragen, wenn diese vom Beitragskonto abweicht.

Ich bevollmächtige die Concordia Krankenversicherungs-AG hiermit, an die angegebene Kontoverbindung – auch für zukünftige Leistungsfälle – so lange mit befreiender Wirkung auszahlen zu dürfen, bis ich dies schriftlich widerrufe.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Um Ihre Rechnungsbelege möglichst schnell abrechnen zu können, bitten wir Sie, die auf der Rückseite befindlichen Hinweise zu beachten.

Hinweise zur Leistungsabrechnung

Bitte verwenden Sie bei der Einreichung von Leistungsunterlagen möglichst immer dieses Formblatt. Bei jeder Leistungsabrechnung erhalten Sie automatisch einen neuen Vordruck. Alternativ finden Sie dieses Formular auch im Internet unter www.concordia.de.

Bitte reichen Sie uns die Rechnungsbelege entweder im Original oder alternativ via Concordia RechnungsApp, E-Mail bzw. Fax ein.

Tip: Um Verzögerungen und Rückfragen zu vermeiden, möchten wir Sie bitten, uns die Belege stets in lesbarer Qualität zu übermitteln. Sollten Sie Originalbelege einreichen, empfiehlt es sich, Kopien Ihrer Belege anzufertigen, da eine Wiederbeschaffung bei einem möglichen Verlust auf dem Postwege mit weiteren Umständen verbunden sein kann. Wir erkennen in diesen Fällen dann entgegenkommend auch Zweitschriften an.

Zur schnellen Leistungsabrechnung benötigen wir **immer**:

- Immer:**
- die vollständigen Rechnungsbelege
 - die Versicherungsscheinnummer (bei allen Zuschriften)
 - Vor- und Nachname der behandelten Person (auf allen Belegen)
 - Vor- und Nachname sowie Anschrift des Behandelnden (auf allen Belegen)
 - Diagnose (Ausnahme: Zahnarzt-, Röntgen- und Laborrechnungen)
 - Bankverbindung für die Leistungserstattung

Bei Arzneimitteln:

Die Arzneimittel sind nur dann erstattungsfähig, wenn sie ärztlich verordnet wurden. Die Namen der Arzneimittel auf dem Rezept müssen leserlich sein. Außerdem benötigen wir die Angabe der Pharmazentralnummer sowie die Apothekennummer durch die Apotheke. Apothekenquittungen ohne Verordnung dürfen wir nicht erstatten.

Bei Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen):

Zur Erstattung benötigen wir die Werte der Sehstärke (Refraktion) vom Augenarzt bzw. Optiker.

Im **Tarif AZ** benötigen wir bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich einen Nachweis über die Höhe der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei Heilmitteln (Krankengymnastik, Massagen, Fangopackungen etc.):

Hier benötigen wir die ärztliche Verordnung mit Angabe der Diagnose sowie der Behandlungstage.

Bei Hilfsmitteln (Einlagen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe etc.):

Für die Erstattung von Hilfsmitteln benötigen wir eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit Angabe der Diagnose sowie die Rechnung mit Bezugsdatum und Angaben zu den Gesamtkosten des Hilfsmittels.

Im **Tarif AZ** benötigen wir zusätzlich Angaben zur Höhe des Anteils der GKV sowie des Eigenanteils und ggf. zur Höhe der wirtschaftlichen Aufzahlung.

Im **Tarif AZSH** benötigen wir für die Erstattung von Hörhilfen Angaben zur Höhe des Anteils der GKV sowie des Eigenanteils bzw. einen Nachweis, aus dem hervorgeht, dass sich die GKV an den Kosten für die Hörhilfen nicht beteiligt.

Bei Zahnzusatzversicherung (Tarife AZ, AZ PLUS, AZ ZAHN, ZE, ZT, GZ und ZZ):

Wir benötigen hierzu die Originalrechnung über den Eigenanteil und eine Kopie des mit der Krankenkasse abgerechneten Heil- und Kostenplans, aus dem der Bonus und die Festzuschüsse hervorgehen.

Bei Krankenhausaufenthalten incl. Krankenhausstagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld:

Wir benötigen folgende Angaben: Name und Anschrift des Krankenhauses, Aufenthaltsbescheinigung mit Diagnose oder eine Kopie des Entlassungsberichts, Aufnahme- und Entlassungstag.

Bei Krankentagegeld (Tarife KT und KTG):

Im Falle einer Arbeitsunfähigkeit bitten wir Sie, uns spätestens am ersten Tag des vereinbarten Leistungsbeginns zu informieren. Die Meldung ist schriftlich, telefonisch oder per Fax direkt an die Direktion Hannover zu richten. Die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit ist danach im Abstand von 14 Tagen auf dem „Pendelformular“ (KV 650) nachzuweisen.

Bei Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen (Tarife AZ PLUS, VV PLUS, BV PLUS und BVE):

Wir benötigen den Nachweis über die Vorleistung des Sozialversicherungsträgers sowie den Entlassungsbericht.

Bei ambulanten Kurbehandlungen benötigen wir in den Tarifen VV PLUS und BV PLUS vor Beginn der Kurbehandlung eine ärztliche Begründung über die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme. Im Anschluss benötigen wir in den Tarifen VV PLUS, BV PLUS und BVE den Nachweis über Beginn und Ende der Kurbehandlung sowie über die in Anspruch genommenen Anwendungen.

Bei stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlungen benötigen wir in den Tarifen VV PLUS, BV PLUS und BVE die ärztliche Verordnung sowie die Aufenthaltsbescheinigung des Sanatoriums.

Bei Psychotherapie:

Bei ambulanter Psychotherapie benötigen wir den Erstantrag auf psychotherapeutische Leistungen des Therapeuten mit Angaben zur Art und zum Umfang der geplanten Therapie.

Bei stationärer Psychotherapie benötigen wir den Kostenübernahmeantrag der Klinik mit ausführlichem Behandlungsplan und der Kopie des ausführlichen Befundberichtes des einweisenden Arztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Maßnahme.

In den Tarifen, die Leistungen für Psychotherapie vorsehen, sind je nach Tarif zwischen 20 und 50 Sitzungen ohne vorherige schriftliche Genehmigung versichert. Unabhängig davon lassen wir die medizinische Notwendigkeit von unseren beratenden Ärzten auch für die ersten 20-50 Sitzungen prüfen. Deshalb empfehlen wir ausdrücklich, uns alle erforderlichen Unterlagen so rechtzeitig vor Beginn der psychotherapeutischen Behandlung zukommen zu lassen, dass uns die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit möglich ist.

Bei Auslandsbehandlungen:

Wir bitten Sie um Angabe der Reisedauer, des Reiselandes, der Währung sowie der Gesamtsumme, die von Ihnen beglichen wurde. Bei fremdsprachigen Auslandsbelegen können kurze Erläuterungen zur Art der Heilbehandlung hilfreich für uns sein.

Bei Behandlungen und Therapiemaßnahmen, die nicht eindeutig einer bestimmten Leistungsart zuzuordnen sind:

Bei anstehenden Behandlungen, die in unseren Bedingungen nicht explizit erwähnt sind, bitten wir Sie, uns vor Beginn den Behandlungsplan und die voraussichtliche Höhe der Kosten zukommen zu lassen, um die medizinische Notwendigkeit prüfen zu können.

Bei Unfällen:

Wir bitten Sie um eine ausführliche Unfallschilderung sowie um Angaben zum Unfallverursacher.

Bei Selbstbehalt (falls vereinbart):

Wir empfehlen, Belege erst dann einzureichen, wenn der Selbstbehalt überschritten wird.

Beitragsrückerstattung:

Bitte denken Sie daran, dass nur dann Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung besteht, wenn keine Rechnungen eingereicht werden (ausgenommen Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), zahnärztliche Behandlungen und stationäre Aufwendungen). Bitte beachten Sie, dass die Medikamente, die der Zahnarzt verordnet, ambulante Leistungen sind, die bei der Erstattung zum Verlust der Beitragsrückerstattung führen.

Haben Sie noch weitere Fragen zu unseren Leistungen? Wir sind gern für Sie da:

Telefon: (0511) 5701 – 1646

Telefax: (0511) 5701 – 1905

E-Mail: kv-leistung@concordia.de