

Erstattungsantrag aus dem AOK-Gesundheitskonto für eine professionelle Zahnreinigung (PZR) oder medizinisch notwendige Füllungstherapien (Zahnfüllungen)

Daten des Leistungsempfängers:

Bitte tragen Sie als Leistungsempfänger den tatsächlichen Nutzer der Leistung ein. Wurde die Leistung von einem Kind genutzt, tragen Sie bitte die Daten des Kindes als Leistungsempfänger ein.

Name, Vorname

Versicherungsnummer

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

806 **Telefonnummer, E-Mail-Adresse** (Diese Angaben sind freiwillig, erleichtern aber kurzfristige Rückfragen in Ihrem Sinne.)

Angaben zur Erstattung:

Die AOK erstattet Ihnen die entstandenen nachgewiesenen Kosten für:

1. medizinisch notwendige Füllungstherapien (Zahnfüllungen) soweit es sich um Mehrkosten handelt,
2. Professionelle Zahnreinigung, die bei einem Vertragszahnarzt durchgeführt wird.

Der Anspruch auf Erstattung ist begrenzt. Für Leistungen nach Punkt 1 und 2 können Sie einen Zuschuss von insgesamt maximal 50,00 EUR erhalten. Der Zuschuss darf jedoch die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

Rechnungsdatum

Rechnungsbetrag in Euro

In der Anlage reiche ich meine Rechnung über eine Professionelle Zahnreinigung oder eine Zahnfüllung ein.

Gutscheine aus anderen Programmen können zusätzlich in Anspruch genommen werden.

Angaben zur Überweisung:

Meine Bankverbindung für die Überweisung meiner Erstattungsbeträge ist Ihnen bekannt.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

(Ist nicht auszufüllen, wenn Bankverbindung bereits bekannt.)

Frau

Herr

Firma oder Sonstige

Kontoinhaber (Name, Vorname oder Firma)

Adresse (Falls diese abweicht vom Leistungsempfänger)

IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen!
--	---

Datum

Unterschrift abweichende/r Kontoinhaber/-in

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Kostenerstattung zusätzlicher Gesundheitsleistungen aus dem AOK-Gesundheitskonto nach § 11 Abs. 6 und § 65a Abs. 1 SGB V sowie § 46 SGB IX. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Datum

Ort

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters