

Bitte verwenden Sie dieses Formular bei Ihrer nächsten Einreichung

Sehr geehrte Kunden,

die Verwaltung sowie die Aufbewahrung von Dokumenten ist sehr kostenintensiv. Um noch effektiver und kundenorientierter arbeiten zu können, haben wir uns entschlossen, den gesamten Posteingang elektronisch zu verwalten und die Dokumente datenschutzgerecht zu vernichten. Selbstverständlich ist die Reproduktion eines jeden einzelnen Dokumentes immermöglich. Bitte helfen Sie uns, Ihre Einreichung schneller bearbeiten zu können, indem Sie

- keine Dokumente mehr zusammenklammern / heften
- auf das Einreichen von zusätzlichen Apothekenquittungen verzichten, wenn den dazugehörigen Rezepten der Bezugspreis zu entnehmen ist
- auf das Einreichen von Banküberweisungsträgern verzichten, diese benötigen wir für die Leistungserstattung generell nicht
- auch weiterhin das für Sie vorbereitete Rücksendeformular verwenden, damit immer eine korrekte und schnelle Zuleitung gewährleistet ist

Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns.

← **Bitte hier falten**

Haben Sie noch Fragen? Wir helfen Ihnen gerne!
Rufen Sie uns an: Service - ☎ **0621/427 427**
Ihre Vertragsnummer:

Dieser Aufdruck ist als Adreßträger für einen Fensterbrief-Umschlag geeignet.

Beachten Sie bitte folgende Punkte

- Reichen Sie nur Originalbelege ein! Hat ein anderer Kostenträger das Original benötigt? Dann genügt auch die Rechnungszweitschrift mit dem Erstattungsvermerk des anderen Kostenträgers
- Die Belege der Behandler müssen enthalten:
 - den Namen der behandelten Person
 - die Krankheitsbezeichnung (Diagnose)
 - die Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewandten Gebührenordnung
 - und die jeweiligen Behandlungsdaten
- Heil- und Hilfsmittelrechnungen reichen Sie bitte zusammen mit der Verordnung des Behandlers ein.
Bei technischen Hilfsmitteln (z.B. Krankenfahrstuhl) können wir Ihnen eine günstige und kompetente Bezugsquelle nennen! Sprechen Sie daher **vor dem Kauf** mit uns!
- Schildern Sie bei jedem Unfall den Unfallhergang! Liegt ein Berufs-, Dienst- oder Schulunfall vor? Dann legen Sie die Kostenbelege zuerst Ihrer gesetzlichen Unfallversicherung vor, damit diese ihre Erstattung vornehmen und bestätigen kann. Die mit dem Erstattungsvermerk versehenen Kostenbelege schicken Sie dann an uns.

INTER Krankenversicherung aG
Leistungsabteilung ____-____
Postfach 10 16 41

68016 Mannheim

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen an die nebenstehende Adresse. Damit erhält der zuständige Sachbearbeiter diese direkt und kann sofort für Sie tätig werden.

Zu Ihrer und unserer Kontrolle haben Sie hier die Möglichkeit, Ihre Kostenbelege aufzuführen!

Vertragsnummer: _____

LA - GR.: LA ___ - ___

BITTE BELEGE NICHT KLAMMERN

Vorname	1.	2.	3.	4.
Kostenart	Betrag Euro	Betrag Euro	Betrag Euro	Betrag Euro
Ärztliche Behandlung nur ambulante Kosten				
Rezepte (bitte zusammenfassen)				
Heilmittel (Bäder, Massagen, Bestrahlungen)				
Hilfsmittel (Brillen, Bandagen usw.)				
Krankenhauskosten Einschließlich Arztkosten im Krankenhaus				
Zahnarztkosten				
Sonstiges				
Gesamt				

Datum/Unterschrift		Gesamt Euro	
--------------------	--	--------------------	--

Bitte vor Ausfüllung und Absendung die Hinweise auf der Rückseite beachten. Dankel