

Absender, NAME, ANSCHRIFT

ORT  
Datum

An Krankenkasse  
NAME  
ANSCHRIFT

Absender  
Name und Anschrift

**Beschwerde Antrag auf Kostenübernahme für ANGABE DER LEISTUNG;  
Aktenzeichen: XXXX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom DATUM. Die Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist entbehrlich, weil über den Antrag vom DATUM nicht fristgerecht entschieden worden ist.

§ 13 Abs. 3a SGB V enthält dazu folgende Regelung:

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten.“

Mit einer Zwischennachricht, datiert vom DATUM, wurde ich darüber informiert, dass eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Frage der Kostenübernahme für eine ANGABE DER LEISTUNG erforderlich ist. Die Frist gem. § 13 Abs. 3a SGB V wurde von Ihnen nicht eingehalten, so dass der Antrag als genehmigt gilt.

Der Umstand, dass ich versucht habe, noch eine geeignete Stellungnahme von Herrn Dr. XXX zu erhalten, ändert an der rechtlichen Beurteilung nichts.

Ich bitte Sie daher um Übersendung einer Kostenübernahmeerklärung bis zum DATUM. Sollten Sie die Kosten ablehnen, bitte ich Sie um Erteilung eines rechtsbehelfsfähigen Bescheides.

Mit freundlichen Grüßen,

EIGENER NAME  
UNTERSCHRIFT