

ABSENDER Name, Anschrift

Ort:
Datum:

An Krankenkasse

ABSENDER
Name

KK-Name

Anschrift

Anschrift

**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 Medizinischen Dienstes, 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.“

Diese Frist wurde nicht eingehalten und mir Gründe hierfür auch nicht rechtzeitig mitgeteilt. In der Folge gilt der Antrag als genehmigt.

Der Umstand, dass ich versucht habe, noch eine geeignete Stellungnahme von Herrn Dr. XXX zu erhalten, ändert an der rechtlichen Beurteilung nichts. Ich habe die Kosten verauslagt und entsprechende Belege als Anlage beigefügt. Die von mir beschaffte Leistung gehört zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und ich habe darauf vertraut, dass eine solche Leistung grundsätzlich auch von Ihnen gewährt werden kann.

Ich bitte Sie daher um Erstattung der verauslagten Kosten bis zum DATUM. Sollten Sie die Erstattung der Kosten ablehnen, bitte ich Sie um Erteilung eines rechtsbehelfsfähigen Bescheides.

Mit freundlichen Grüßen

EIGENER NAME

UNTERSCHRIFT