
Erstattung von Stromkosten

Ihr Sauerstofftherapiegerät ist auf die Zufuhr von Energie angewiesen. Gerne erhalten Sie nachstehend initiale Informationen für eine evtl. Stromkostenerstattung durch Ihre Krankenkasse.

Für einen Antrag auf Stromkostenerstattung sind nach unseren Erfahrungswerten insbesondere die nachstehend gelisteten Aspekte für Ihre Krankenkasse von Relevanz.

- Ihr Name und Ihre Anschrift
- Ihre Versichertennummer
- Ihr Geburtsdatum
- Das betreffende Medizinprodukt und die Seriennummer
- Die Leistungsaufnahme des Medizinprodukts
- Die Betriebsstunden

Datum der Erstinbetriebnahme und dabei abgelesene Betriebsstunden/Datum der letzten Ablesung der Betriebsstunden und dabei abgelesene Betriebsstunden

Datum der aktuellen Ablesung der Betriebsstunden/Abgelesene Betriebsstunden

Differenz = Summe der genutzten Betriebsstunden

Sie finden anbei ein Dokument, welches nochmals diese Auflistung dieser empfohlenen Informationen enthält. Dieses Dokument können Sie beispielsweise ausdrucken und mit einem kurzen Anschreiben an Ihre Krankenkasse übersenden.

Wir bitten um Verständnis, dass es sich hierbei um unverbindliche Informationen ohne Gewähr durch die Linde Gas Therapeutics GmbH als Ihren Hilfsmittel-Leistungserbringern handelt. Für Details, beispielsweise zur grundsätzlichen Möglichkeit einer Erstattung und zu den entsprechenden Fristen, Formblättern etc. bitten wir Sie, sich direkt mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen
Linde Gas Therapeutics GmbH

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Versichertennummer _____

Abrechnungszeitraum _____

<u>Hilfsmittelbezeichnung</u>	<u>Seriennummer</u>	<u>Leistungsaufnahme Watt/h</u>	<u>Ableседatum</u>	<u>Betriebsstunden im genannten Zeitraum</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Kontoinhaber _____

Bankname _____

IBAN _____ BIC _____