

Unsere Premium-Leistung: „Erweiterte Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen“

Über die üblichen Standardleistungen im Bereich der Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus erstattet die BKK EUREGIO von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder Krankenhausärzten die Kosten für folgende durchgeführte, veranlasste oder direkt von der Versicherten initiierte Leistungen in Höhe von insgesamt maximal **100,00 €** je Schwangerschaft:

- Nackenfaltenmessung
- Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien
- Triple-Test
- Nicht invasive pränatale Tests (NIPT), sofern keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien
- Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken
- Zytomegalie-Test
- B-Streptokokkenuntersuchung

sowie zusätzlich

- bis zu 85,00 € jährlich für Geburtsvorbereitungskurse des Ehemannes bzw. Partners sowie
- bis zu 50,00 € je Schwangerschaft für ph-Wert-Testhandschuhe

Darüber hinaus erstatten wir die Kosten einer **Hebammenrufbereitschaft**. Voraussetzung ist nur, dass Sie eine entsprechend zugelassene Hebamme in Anspruch nehmen. Erstattet werden bis zu **250,00 €** einmal je Schwangerschaft. Zur Erstattung senden Sie uns einfach die Rechnung/Nachweise zusammen mit dem beigefügten Erstattungsantrag zu.

Sind Sie mit uns zufrieden? Dann empfehlen Sie uns doch weiter und sichern sich eine Anerkennungsprämie in Höhe von **30,00 €**.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an. Wir sind für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre **BKK EUREGIO**

BKK EUREGIO
Kundenservice 2.3
Postfach 1320
52517 Heinsberg

Bitte Personalien ergänzen

Name, Vorname

Versichertennummer

**falls Versichertennummer nicht vorliegt,
bitte Angabe von:**

Geburtsdatum

Straße Hausnummer

Pl 7 Ort

**Erstattungsantrag für die Premium-Leistung:
„Erweiterte Schwangerschafts-/Mutterschaftsleistungen“**

Ich werde voraussichtlich entbinden bzw. ich habe entbunden am

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Über die üblichen Standardleistungen im Bereich der Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinaus habe ich Leistungen in Anspruch genommen, für die ich im Rahmen der Satzungsmehrleistung Kostenerstattung beantrage.

- ☐ Nackenfaltenmessung
 - ☐ Triple-Test
 - ☐ Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken
 - ☐ Zytomegalie-Test
 - ☐ Toxoplasmosetest
 - ☐ nicht-invasiver pränatale Test (NIPT)
 - ☐ B-Streptokokkenuntersuchung
 - ☐ Geburtsvorbereitungskurs des Ehemanns bzw. Partners
 - ☐ ph-Wert-Testhandschuhe
 - ☐ Hebammenrufbereitschaft

die mit der Hebamme schriftlich geschlossene Vereinbarung

☐ ist beigefügt

**spezifizierte Rechnung/en bzw. Nachweise zu allen in Anspruch
genommenen Leistungen**

☐ ist/sind beigefügt.

Bitte nehmen Sie die Erstattung auf folgendes Konto vor:

IBAN[illegible]

BIC

[illegible]**Kontoinhaber**

Datum

Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung)

Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)