



**AOK Bayern
Die Gesundheitskasse
DLZ Replacement Oberbayern**

AOK - Postfach 10 01 61 - 83001 Rosenheim

DV 09 0,70 **Deutsche Post**



Herrn
Uwe Hametner
Breslauer Str. 16
83301 Traunreut

Luitpoldstr. 1
83022 Rosenheim

Telefax: 08031 398-47192
Internet: www.aok.de
E-Mail: rosenheim.team71h3@service.by.aok.de

Öffnungszeiten
Montag bis Mittwoch 08:00 - 16:30 Uhr
Donnerstag 08:00 - 17:30 Uhr
Freitag 08:00 - 15:00 Uhr
und nach Vereinbarung

Ihr Ansprechpartner
Angelika Psunder

Telefon
08031 398-192

Datum
27.09.2017

Bei Rückfragen geben Sie bitte an: KV-Nr. S059590101 FB-Nr. 10400000015978605

Erinnerung an die Zuzahlung; unser AZ: FB 10400000015978605

Sehr geehrter Herr Hametner,

vor einiger Zeit hatten wir Sie gebeten, Ihren Eigenanteil an uns zu überweisen. Der Betrag von **108,59 EUR** steht leider immer noch aus. Vielleicht haben Sie die Überweisung übersehen. Bitte überweisen Sie den ausstehenden Betrag innerhalb der nächsten zwei Wochen. Nur so lassen sich rechtliche Schritte vermeiden. Sie können gerne den vorbereiteten Zahlungsbeleg nutzen. Haben Sie den AOK-Hausarzttarif gewählt? Dann ist Ihre weitere Teilnahme, auch eine Wiedereinschreibung, nur bei Ausgleich unserer Forderung möglich.

Unsere Forderungsaufstellung können Sie in der Anlage entnehmen.

Falls Sie den Betrag zwischenzeitlich an uns gezahlt haben, ist dieses Schreiben selbstverständlich hinfällig. Bitte verständigen Sie uns, wenn Sie die Zahlung(en) bereits geleistet haben.

Falls Sie noch Fragen haben oder den Betrag in Raten an uns zahlen möchten, rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

Anlage



Datum
 27.09.2017

Auflistung der Eigenanteilsforderung FB-Nr.: 10400000015978605

Der Forderungsbetrag setzt sich wie folgt zusammen:

Leistungsempfänger	Leistungsart	vom	bis	Betrag EUR
Hametner, Uwe	Krankentransport Zuzahlung (Leistung)	02.01.2017	02.01.2017	8,59
Hametner, Uwe	Krankenhaus Behandlung Zuzahlung kalendertgl.	02.01.2017	11.01.2017	100,00
Restforderung (abzüglich bereits geleisteter Zahlungen, Verrechnungen, etc.):				108,59

Zuzahlungsregelungen

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB V) haben Versicherte pro Kalenderjahr Zuzahlungen bis zu einer Höhe von 2 % (bei schwerwiegender chronischer Erkrankung 1 %) der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten für:

Leistung	Zuzahlung
- Arznei- und Verbandmittel - Hilfsmittel (Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind) - Fahrkosten * - Sozialtherapie * - Haushaltshilfe *	10 v. H. des Abgabepreises, mindestens 5,00 EUR und höchstens 10,00 EUR, bei Arznei- und Verbandmittel nicht mehr als die Kosten des Mittels
Häusliche Krankenpflege *	10 v. H. der Kosten, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr und zusätzlich 10,00 EUR je Verordnung
Heilmittel (Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie ...)	10 v. H. der Kosten und zusätzlich 10,00 EUR je Verordnung
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	10 v. H. je Packung, max. 10,00 EUR für den Monatsbedarf je Indikation
Krankenhausbehandlung - vollstationär *	10,00 EUR je Kalendertag für max. 28 Tage je Kalenderjahr
Anschlussrehabilitation und Rehabilitation mit verminderter Zuzahlung bei bestimmten Indikationen	10,00 EUR je Kalendertag für max. 28 Tage je Kalenderjahr
- Medizinische Vorsorgeleistungen - stationär (z. B. Mutter-Kind-Kur) - Medizinische Rehabilitation - ambulant und stationär	10,00 EUR je Kalendertag für den gesamten Aufenthalt
Praxisgebühr (bis 31.12.2012) *	10,00 EUR je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten (Ausnahme: Vorsorge, Überweisung aus demselben Quartal)

Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind Kinder von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit. Diese Befreiung gilt nicht bei Rettungsfahrten/-einsätzen, Krankentransporten und bei Fahrkosten.

* Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, diese Zuzahlungen von ihren Versicherten einzuziehen.

0000 pot12/AOKBYRV0157982698_60_1_XA // 429535 2065 2896 2/3

5923 - 03722 - 20170927 - 2.0 - RO71H1318

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts

BIC

Angaben zum Zahlungsempfänger:

AOK Bayern
DLZ Replacement Oberbayern

IBAN
DE53 7002 0500 0009 8565 03

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters
BFSWDE33MUE

Betrag: Euro, Cent
EUR *108,59*

Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck
Zuzahlung
FB 10400000015978605
noch Verwendungszweck

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler:

Hametner, Uwe
IBAN

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)
AOK Bayern - DLZ Replacement Oberbayern

IBAN
DE53 7002 0500 0009 8565 03

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)
BFSWDE33MUE

Betrag: Euro, Cent
108,59

Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Zahlers

FB 10400000015978605 Zuzahlung

noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 2 Zeilen à 35 Stellen)

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

Hametner, Uwe

IBAN

D E

08

Datum

Unterschrift(en)