

### 3.1 Belegliste

Lfd. Nr.	1. Datum der Rechnung/ Einlösedatum des Rezeptes	2. Aussteller der Rechnung/ des Rezeptes	3. Kurzbeschreibung der Leistung/ ärztlichen Behandlung	4. Rechnungsb etrag (in EUR)	5. Rechnungsbetrag (in EUR) nach Kürzung um nicht medizinisch notwendige Ausgaben (siehe „Hinweise“)
1	15.11.2021	Dr. Meyer	Voruntersuchungen	27,50 €	27,50 €
2	10.12.2021	Löwen Apotheke	Ovitrelle, Gonal	714,23 €	714,23 €
3	12.12.2021	Löwen Apotheke	Pergoveris, Minisiston	415,00 €	315,00 €
4	18.12.2021	Dr. Meyer	IVF-Behandlung	1.359,30 €	1.359,30 €
5	19.12.2021	Dr. Meyer	Kryokonservierung	400,00 €	- €
<b>Summe der entstandenen Kosten/Rechnungen (gesamt)</b>					<b>2.416,03 €</b>

### 3.2 Berechnung der erhaltenen Erstattungen

Erstattung durch die <b>gesetzliche Krankenversicherung:</b>	<b>6.</b> 0,00 €
Von der gesetzlichen Krankenversicherung habe ich/haben wir <b>zusätzliche Zahlungen*)</b> erhalten: *) Leistungen, die zusätzlich zur Regelleistung von 50% gezahlt werden Falls zusätzlich Zahlungen erfolgt sind, bitte Nachweise beifügen (falls noch nicht vorgelegt)	<b>7.</b> 500,00 €
Erstattung durch die <b>private Krankenversicherung:</b> Bitte Nachweis beifügen.	0,00 €
Erstattung durch die <b>Beihilfe/Heilfürsorge:</b> Bitte Nachweis beifügen.	0,00 €
Erstattung durch die <b>private Zusatzversicherung</b> für Bitte Nachweis beifügen.	<b>8.</b> 0,00 €
<b>Summe der erhaltenen Erstattungen (gesamt):</b>	<b>500,00 €</b>

### 3.3 Berechnung des Eigenanteils

<b>Übertrag „Summe der entstandenen Kosten/Rechnungen“</b>	<b>2.416,03 €</b>
<b>Übertrag „Summe der erhaltenen Erstattungen“</b>	<b>500,00 €</b>
<b>Summe verbleibender Eigenanteil:</b>	<b>1.916,03 €</b>

## Hinweise

1.	Tragen Sie hier bitte das Datum der Rechnung der Kinderwunschklinik, der behandelnden Arztpraxis oder der Abrechnungsstelle ein. Bei Rezepten nennen Sie bitte das Datum, an dem Sie das Rezept eingelöst bzw. die Medikamente gekauft haben
2.	Tragen Sie hier bitte den Aussteller der Rechnung ein oder die Apotheke, in der Sie das Rezept eingelöst haben
3.	Tragen Sie hier bitte stichwortartig die erbrachte Leistung ein, zum Beispiel: Voruntersuchung, IVF-Behandlung, ICSI-Behandlung, Narkose, Transfer, Punktion, Spermienaufbereitung. Bei Rezepten nennen Sie bitte die gekauften Medikamente, zum Beispiel: Ovitrelle, Orgalutran, Pergoveris usw. <b>Hinweis: Medikamente, die nicht nach § 27a Sozialgesetzbuch V oder analog verordnet sind, sind nicht förderfähig und dürfen hier nicht eingetragen werden, z.B. Aspirin, Minisiston, Buscopan etc.</b>
4.	Tragen Sie hier bitte den Rechnungsbetrag ein, und zwar den Geldbetrag, den Sie in der Apotheke bezahlt oder an die Klinik oder Praxis überwiesen haben. Bei gesetzlich Krankenversicherten ist das der 50%ige Eigenanteil, der nicht von den Krankenkassen übernommen wird
5.	Von dem Rechnungsbetrag müssen Sie hier bitte die nicht medizinisch notwendigen Ausgaben abziehen, also zum Beispiel die Kosten für: Blastozystenkultur (verlängerte Kultur), Embryo Glue, Kryokonservierung oder Kryo-Zyklus (Kryo-Embryo-Transfer), Assisted Hatching, Swim-up, TESE, PICSI, Polkörperdiagnostik, andere Individuelle Gesundheits Leistungen (IGeL). Hinweis: Solche Leistungen erkennt man beispielsweise daran, dass die Abrechnungen nicht nach § 27a Sozialgesetzbuch V erfolgt sind, oder Sie über diese Leistungen eine Privatrechnung mit 100 %-igem Eigenanteil erhalten haben
6.	Dieses Feld müssen Sie nicht ausfüllen, da die Kinderwunschkliniken und Apotheken die Regelleistung von 50 % direkt mit Ihrer Krankenkasse abrechnen
7.	Tragen Sie hier bitte den Betrag ein, den Ihre Krankenkasse Ihnen als Extra-Zuschuss/Satzungsleistung bezahlt. Hinweis: Die Summe ergibt sich beispielsweise aus dem Schreiben Ihrer Krankenkasse, welches Sie mit Ihrem genehmigten Behandlungsplan erhalten haben
8.	Falls Sie für Ihre Kinderwunschbehandlung Leistungen einer privaten Zusatzversicherung erhalten haben, tragen Sie bitte hier die Summe Ihrer Erstattung/en ein

## Wichtige Hinweise

**Hinweise für Antragsteller, bei denen ein Partner gesetzlich und der andere Partner privat krankenversichert/Beihilfeberechtigt/freie Heilfürsorgeberechtigt ist (Mischversicherung):**

Beide Partner tragen bitte die ihnen in Rechnung gestellten Beträge in die Belegliste ein. Beim gesetzlich versicherten Partner sind dies 50 % der Rechnung bzw. der Medikamentenkosten, da die Kliniken und Apotheken die Regelleistung von 50 % über die Gesundheitskarte direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Der gesetzlich versicherte Partner muss deshalb nur noch eventuell von seiner Krankenkasse erhaltene Extrazuschüsse als „erhaltene Erstattung“ in das zweite Feld der Tabelle 3.2 eintragen.

Dem privat versicherten Partner werden 100 % der ärztlichen Leistung und der Medikamentenkosten in Rechnung gestellt. Deshalb trägt der privat versicherte Partner den vollen Rechnungsbetrag in die Belegliste unter Ziffer 3.1 ein. Bei den „erhaltenen Erstattungen“ werden dann die von der privaten Krankenversicherung gewährten Leistungen im 3. Feld und die ggf. von der Beihilfestelle oder Heilfürsorge gewährten Leistungen im 4. Feld der Tabelle 3.2 eingetragen.

**Hinweis für gesetzlich versicherte Antragsteller, die in einer Privatklinik behandelt wurden:**

Tragen Sie bitte die ggf. von der gesetzlichen Krankenversicherung erhaltene Kostenerstattung in das 2. Feld der Tabelle 3.2 ein

**Hinweis für gesetzlich versicherte Antragsteller, die ihren 4. Behandlungszyklus beendet haben:**

Tragen Sie bitte die Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung in das 2. Feld der Tabelle 3.2 ein

**Hinweise für Partner in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft, die Zahlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten haben:**

Tragen Sie bitte die Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung in das 2. Feld der Tabelle 3.2 ein