

**RHEINISCHE
ARBEITSGEMEINSCHAFT**

Versicherungsnummer (bitte immer angeben)	Reha-Team:

☎ bei Direktwahl
(02 11) 9 37 Datum: _____

Bitte rufen Sie uns nur in der Zeit von 09:00 bis 15:00 Uhr (Mo. bis Do.) und von 09:00 bis 13:30 Uhr (Fr.) an!

An die

für Rehabilitation
(Deutsche Rentenversicherung Rheinland)
40194 Düsseldorf

Beratungs-/Behandlungsstätte

IK-Nr.: _____

Krankenkasse

**Senden Sie die Abrechnung
bitte direkt an den
zuständigen Leistungsträger**

Leistungen zur ambulanten nachstationären Rehabilitation
für die/den Versicherte/n _____

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit erhalten Sie die Abrechnung für die/den o.g. Versicherte/n, die/der an den zu Ihren Lasten bewilligten therapeutischen Gesprächen als ambulante/nachstationäre Leistung zur Rehabilitation teilgenommen hat.
Die/der o.g. Versicherte hat an folgenden Tagen an Einzel-/Gruppengesprächen teilgenommen:

Lfd. Nr.	Datum	EG*	GG*	AG*/BG*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Hinweis(*):
EG: Einzelgespräche
(grundsätzlich 50 Minuten)
GG: Gruppengespräche
(grundsätzlich 100 Minuten)
AG: Angehörigengespräch
BG: Bezugspersonengespräch

Lfd. Nr.	Datum	EG*	GG*	AG*/BG*
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

Vergütung: _____ **Gesprächstermine à** _____ **EUR =** _____ **EUR**

Wir bitten den vorgenannten Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number) _____ BIC (Bank Identifier Code) _____

D | E | _____
Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

_____ Ort, Datum _____ Unterschrift der/des Beratungsstellenleiters/leiterin

Anlage: _____