

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

MSAT / MSNR

--

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

**Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge DE-RENA / DE-RENA 2.0
für das Jahr**

Bei einer Abrechnung über den Jahreswechsel ist das Formular 2-mal zu nutzen.

Hinweis: Der erhöhte monatliche Vergütungsbetrag des neuen Jahres kann erst abgerechnet werden, wenn der zu vergütende Monat vollständig in dem neuen Jahr liegt.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Leistung zur medizinischen Rehabilitation	vom	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Tag</td> <td style="width: 33%;">Monat</td> <td style="width: 33%;">Jahr</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	bis	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Tag</td> <td style="width: 33%;">Monat</td> <td style="width: 33%;">Jahr</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr								
Tag	Monat	Jahr								

Leistung zur Nachsorge	vom	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Tag</td> <td style="width: 33%;">Monat</td> <td style="width: 33%;">Jahr</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	bis	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Tag</td> <td style="width: 33%;">Monat</td> <td style="width: 33%;">Jahr</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr								
Tag	Monat	Jahr								

DE-RENA Anzahl Monate	x	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Monate</td> <td style="width: 50%;">EUR</td> <td style="width: 50%;">Cent</td> </tr> </table>	Monate	EUR	Cent	=	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">EUR</td> <td style="width: 50%;">Cent</td> </tr> </table>	EUR	Cent
Monate	EUR	Cent							
EUR	Cent								

Gesamtbetrag	=	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">EUR</td> <td style="width: 50%;">Cent</td> </tr> </table>	EUR	Cent
EUR	Cent			



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------------------	-------------

EUR	Cent
-----	------

Wiederholung des Gesamtbetrages von Seite 1

Wir bitten, den Gesamtbetrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Institutionskennzeichen (IK-Nr.)	Rechnungsnummer / Aktenzeichen

Hinweis der Deutschen Rentenversicherung:

Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die **Reha-Nachsorge-Dokumentation** (G4816-00) und der **Teilnahmenachweis** (G4839-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

MSAT / MSNR

--

Deutsche Rentenversicherung

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau**

Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge DE-RENA / DE-RENA 2.0 für das Jahr

Bei einer Abrechnung über den Jahreswechsel ist das Formular 2-mal zu nutzen.

Hinweis: Der erhöhte monatliche Vergütungsbetrag des neuen Jahres kann erst abgerechnet werden, wenn der zu vergütende Monat vollständig in dem neuen Jahr liegt.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Leistung zur Nachsorge vom

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

DE-RENA Anzahl Monate

--

 X

EUR		Cent
-----	--	------

 =

EUR		Cent
-----	--	------

Gesamtbetrag =

EUR		Cent
-----	--	------



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------------------	-------------

EUR	Cent
-----	------

Wiederholung des Gesamtbetrages von Seite 1

Wir bitten, den Gesamtbetrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Institutionskennzeichen (IK-Nr.)	Rechnungsnummer / Aktenzeichen

Hinweis der Deutschen Rentenversicherung:

Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die **Reha-Nachsorge-Dokumentation** (G4816-00) und der **Teilnahmenachweis** (G4839-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten

