

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Anlage 2b



per Fax an: 05141 15-9861

Tel.: 05141 15-861

Mobil Krankenkasse

Team Selektiv- und kollektivvertragliche Abrechnung

29218 Celle

Versorgungsmodell Zahnprävention

Zahnärztliche Abrechnung (bitte vollständig ausfüllen)

Die Versorgungsinhalte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ggf. Erstaufklärung der Versicherten über alle Vertragsmodule [Module I-III] (20,10 €)
- des Moduls II (80,00 €)

Leistungsdatum:

Entbindungstermin:

Schwangerschaftswoche:

wurden vollständig erbracht.

Kurzbegründung bei unvollständiger Leistungserbringung:

.....

Bitte überweisen Sie den Rechnungsbetrag auf folgendes Konto:

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Verwendungszweck: _____

.....

Datum

.....

Unterschrift und Vertragsarztstempel