

Dringende Anfrage zur vorläufigen Sicherung der Kostenübernahme

Therapie mit Cannabisarzneimitteln

Absender:in (Name)	Krankenkasse
Anschrift	Anschrift der Krankenkasse
Versichertennummer	Ort, Datum

Datum einer Genehmigung oder Kostenübernahme
(falls vorhanden):

Datum und Aktenzeichen eines aktuellen Kassenschreibens
(falls vorhanden):

Betroffenes Cannabisarzneimittel / Darreichungsform:

Nächste Verordnung oder Abgabe benötigt am:

Antrag auf vorläufige Weiterübernahme der Kosten und unverzügliche Entscheidung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Für meine ärztlich verordnete Therapie mit dem oben genannten Cannabisarzneimittel hat Ihre Krankenkasse die Kosten bislang übernommen. Sofern hierfür eine Genehmigung oder Kostenübernahme erteilt wurde, habe ich deren Datum oben angegeben.

Meine weitere Versorgung ist derzeit aus einem oder mehreren der folgenden Gründe konkret gefährdet:

- ☐ Meine behandelnde Praxis stellt keine weitere Verordnung aus oder verlangt eine Umstellung.
- ☐ Meine Apotheke lehnt die Abgabe oder Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ab.
- ☐ Ihre Krankenkasse stellt die Genehmigung oder Kostenübernahme infrage.
- ☐ Anderer Grund:

Die nächste Verordnung oder Abgabe wird am oben genannten Datum benötigt. Ob eine Unterbrechung oder kurzfristige Umstellung medizinisch vertretbar ist und wie die weitere Versorgung erfolgen kann, ist bis dahin nicht geklärt. Falls vorhanden, füge ich nur Unterlagen bei, die für die drohende Versorgungslücke wichtig sind, zum Beispiel eine kurze Mitteilung meiner behandelnden Praxis oder Apotheke.

Antrag und Bitte um schriftliche Entscheidung

Ich beantrage daher, die Kosten meiner bisherigen Versorgung vorläufig bis zu Ihrer Entscheidung weiter zu übernehmen. Bitte teilen Sie mir unverzüglich schriftlich mit, ob die Kosten bis zu Ihrer Entscheidung weiter übernommen werden.

Falls Sie die Kosten nicht oder nur noch teilweise übernehmen wollen, bitte ich umgehend um einen schriftlichen und begründeten Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung. Bitte geben Sie darin an, auf welche Rechtsgrundlage Sie Ihre Entscheidung stützen, ab welchem Datum sie gelten soll und was sie für meine bestehende Genehmigung oder Kostenübernahme bedeutet.

Wegen der konkret drohenden Versorgungslücke bitte ich um vorrangige Bearbeitung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben