



Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts

DER GESCHÄFTSFÜHRER

Beihilfeumlagekasse

KVSA, Carl-Miller-Str. 7, 39112 Magdeburg

Frau
Maxi Muster
Musterstr. 1
01234 Musterstadt

Aktenzeichen: 00053698
Bearbeiter: Herr Mustermann
Telefon: 0391 62570-699
Telefax: 0391 62570-247
E-Mail: Beihilfe@kvs-magdeburg.de
Internet: <http://www.kvs-magdeburg.de>
Telefonzentrale: 0391 62570-0
Sprechzeiten: Mo.-Fr. 9:00 - 12:00 Uhr
Datum: 05.07.2021

Bescheid über die Gewährung einer Beihilfe nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Nachstehender Bescheid über die Gewährung einer Beihilfe ergeht namens und im Auftrag Ihres Dienstherrn/Arbeitgebers: Landkreis Musterhausen

Sehr geehrte Frau Muster,

aufgrund Ihres Antrags vom 23.06.2021, eingegangen am 25.06.2021, gewähren wir eine Beihilfe in Höhe von **981,98 EURO.** Hier finden Sie zunächst den Gesamtbetrag der Beihilfe. Die gewohnten Details finden Sie auf den Anlagen zum Bescheid.

Diesen Betrag überweisen wir auf folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber: Muster Maxi
IBAN: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX1234 Die Kontonummer wird datenschutzkonform anonymisiert dargestellt.
Verwendungszweck: Beih.Bescheid v. 05.07.2021

Die Berechnung der Beihilfe entnehmen Sie bitte der Anlage.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift Widerspruch beim Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt, Carl-Miller-Straße 7, 39112 Magdeburg erhoben werden.

Mit freundlichen Grüßen

Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen-Anhalt

Dieses Schreiben wurde elektronisch erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Hinweise zum Antragsverfahren

Ich weise Sie darauf hin, dass jeder eingereichte Beleg einer eigenständigen Prüfung unterliegt. Die mit dieser Festsetzung getroffenen Entscheidungen begründet keine Ansprüche auf zukünftige Beihilfezahlungen.

Allgemeine Hinweise

Zum Schutz Ihrer persönlichen Daten werden nur die letzten vier Ziffern der Bankverbindung (IBAN) gedruckt.

Sämtliche Post, die an die Beihilfeabteilung des KVSA adressiert ist, wird eingescannt und anschließend in digitaler Form der Sachbearbeitung zur Verfügung gestellt. Somit erfolgt die weitere Bearbeitung der Beihilfeanträge völlig papierlos. Für unsere internen Abläufe beim frühen Scannen ist es sehr hilfreich, wenn Sie die Belege **nicht klammern, nicht heften und nicht zusammenkleben**. Dies trägt zu einer schnelleren Bearbeitung bei. Vielen Dank.

Bei Arzneimittelverordnungen achten Sie bitte darauf, dass die Pharmazentralnummer (PZN) des Präparats und das Apothekenkennzeichen angegeben sind. Wir benötigen die Daten, um über die zuständige zentrale Stelle Rabatte für verschreibungspflichtige Arzneimittel, zu deren Kosten Beihilfe gewährt wurde, geltend zu machen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihre eingereichten Belege nicht zurückerhalten; sie werden nach der Bearbeitung vernichtet.

Beihilfeantrag

Aktuelle Antragsvordrucke finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvsa-magdeburg.de/beihilfe. Sie können diese herunterladen oder am PC ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und mit den entsprechenden Belegen an uns senden.

Alternativ können Sie Ihren Beihilfeantrag und die entsprechenden Belege gern auch gescannt als Datei im PDF- bzw. TIF-Format (max. 100 MB pro Datei) einreichen. Aus Gründen des Datenschutzes empfehlen wir eine Verschlüsselung der Anlagen. Diese können Sie gerne über FTAPI vornehmen. Nutzen Sie für eine Einreichung die E-Mailadresse: Beihilfe@kvsa-magdeburg.de

Der Kurzantrag umfasst lediglich eine Seite und es sind nur wenige Angaben zu machen. Dieser darf nur verwendet werden, wenn sich keine Änderungen zum Vorantrag bei Ihnen oder Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ergeben haben und die sonstigen im Vordruck genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Sollten diese Voraussetzungen nicht erfüllt sein, ist der Antrag auf Beihilfe zu verwenden.

Aufwendungen für Pflege beantragen Sie bitte ausschließlich mit dem gesonderten Pflegeantrag.

Alle Antragsvordrucke sind so gestaltet, dass Sie auf das aufwändige Eintragen der Einzelbelege verzichten können. Bitten fügen Sie dem jeweiligen Antragsvordruck Ihre Belege, zu denen Sie Beihilfe beantragen möchten, in Kopie bei.

Anlage zum Beihilfebescheid

Jedem Beihilfebescheid/ jeder Beihilfeentscheidung sind "Informationen zur Anspruchsberechtigung" beigefügt. Hier sind die Daten aufgeführt, die Sie uns, ggf. auch in früheren Anträgen, mitgeteilt haben und die in unserem Beihilfeabrechnungssystem gespeichert sind.

Diese Daten waren für die Festsetzung der Beihilfe in diesem Bescheid maßgebend und sind vom Beihilfeberechtigten bzw. Antragsteller auf Richtigkeit und Vollständigkeit zu prüfen. Falls bei der Prüfung festgestellt wird, dass der Beihilfefestsetzung falsche oder unvollständige Daten zugrunde lagen, muss

unverzöglich eine schriftliche Information an die Beihilfestelle erfolgen. Diese wird dann die Daten im Abrechnungssystem berichtigen und bei Bedarf die Beihilfe neu festsetzen.

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen, die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Dieses Stammdatenblatt ist für Sie neu und bildet die Basis für den ergangenen Beihilfebescheid. Sollten diese Informationen falsch oder unvollständig sein, informieren Sie uns bitte.

Informationen zur Beihilfeberechtigung

Der Entscheidung zum Beihilfeantrag vom 23.06.2021 lagen zum Zeitpunkt der Festsetzung folgende gespeicherten Angaben zugrunde:

Antragsteller

Aktenzeichen:.....00001234
Dienstherr/Arbeitgeber:.....Landkreis Musterhausen
Name, Vorname..... Muster, Maxi
Geburtsdatum..... 15.05.1955
Status/Personengruppe:..... Aktive Beamte
Familienstand:..... Verheiratet
Bemessungssatz:..... 50 %
Art des Versicherungsverhältnisses:..... Privat versichert
Umfang der Krankenversicherung:..... Ambulant: 50 %, Stationär: 50 %, Zahn: 50 %

Ehegatte

Name, Vorname..... Muster, Max
Geburtsdatum..... 16.06.1966
Eigene Beihilfeberechtigung..... Nein
Einkommen im Vorvorkalenderjahr über 20.000 EUR..... Nein
Bemessungssatz..... 70 %
Art des Krankenversicherungsverhältnisses..... pflichtversichert

Kinder

Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder: 1
Name, Vorname..... Muster, Maxima
Geburtsdatum..... 09.09.1999
Bemessungssatz..... 80 %
Art des Krankenversicherungsverhältnisses..... Privat versichert
Umfang des Krankenversicherungsschutzes
..... Ambulant: 20 %, Stationär: 20 %, Zahn: 20 %
Berücksichtigungsfähig im Familienzuschlag..... Ja
Nicht mehr berücksichtigungsfähig ab..... 01.10.2024
Abrechnung der Aufwendungen über Antragsteller..... Ja

Sollten diese Informationen falsch oder unvollständig sein, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich, ggf. unter Beifügung geeigneter Unterlagen, schriftlich und legen Nachweise vor. **Bitte geben Sie dabei stets an, seit wann der mitgeteilte Sachverhalt zutrifft bzw. wann die Änderungen eingetreten sind. Die Daten für den Ehegatten sind nur zu prüfen, sofern Sie Aufwendungen für ihn geltend gemacht haben**

Hier finden Sie weiterführende Details und Erläuterungen zu Ihrer Beihilfeabrechnung. Bitte beachten Sie, dass Ihre geltend gemachten Aufwendungen fortan Aufwandsarten zugeordnet sind (Spalte 1 der Tabelle). Die Erläuterungen zu den Aufwandsarten finden Sie unter der Tabelle.



Die in Spalte 9 aufgeführten Hinweis-Nummern, werden ebenfalls im weiteren Verlauf erläutert.

Aufwandsart	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag (€)	dem Grunde nach beihilfefähig (€)	./. anzurechnende Leistungen* (€)	beihilfefähig (€)	Bemessungssatz (%)	Beihilfe (€)	Hinweise
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Beihilfeberechtigter								
10200	07.04.2021	146,54	146,54	0,00	146,54	50	73,27	
20100	20.04.2021	19,98	19,98	5,00	14,98	50	7,49	1621 5450
20100	12.05.2021	52,57	52,57	15,00	37,57	50	18,79	1621 5450
10100	27.05.2021	441,46	441,46	0,00	441,46	50	220,73	
10100	27.05.2021	78,24	78,24	0,00	78,24	50	39,12	
10100	27.05.2021	441,46	441,46	0,00	441,46	50	220,73	
20100	04.06.2021	13,73	13,73	5,00	8,73	50	4,37	1621 5450
20100	10.06.2021	56,17	56,17	5,19	50,98	50	25,49	1621 5450
20100	18.06.2021	45,61	45,61	5,00	25,15	50	12,58	1621 5450 5455
20100	18.06.2021	49,23	49,23	5,00	44,23	50	22,12	1621 5450
20301	18.06.2021	139,00	139,00	10,00	129,00	50	64,50	5600
10100	21.06.2021	545,57	545,57	0,00	545,57	50	272,79	
Summen		2.029,56	2.029,56		1.963,91		981,98	

*z. B. Erstattungen gesetzlicher Krankenkassen, Zuzahlungen, Eigenbehalt, Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz oder Bundesversorgungs-gesetz

auszuzahlende Beihilfe..... 981,98 €

Erläuterung zu den Aufwandsarten Beihilfe

10100 amb. ärztl. Behandlung	20300 Hilfsmittel / Betriebsmittel	31200 Palliativleistungen stat.
10200 Zahnbehandlung	20400 Heilbehandlung	40200 Hebamme
10300 Kieferorthopädische Behandlung	20900 häusliche Krankenpflege	70100 Fahrtkosten
10400 Zahnersatz / Implantate	30100 Krankenhaus	70200 Familien- und Haushaltshilfe
10500 Ambulante Psychotherapie	30200 Reha, AHB, Sucht, Mutter-Vater-Kind-Kur	70300 Soziotherapie
10600 Heilpraktiker	30300 amb. Reha in anerck. Heilbad/ Kurort	70500 Sonstiges (beihilfefähig)
20100 Arznei-/Verbandmittel	30600 stationäre ärztl. Behandlung	70600 Sonstiges (nicht beihilfefähig)
20200 Sehhilfen	31100 Palliativleistungen amb.	70900 AU-Bescheinigung

Erläuterung zu den Aufwandsarten Pflege

60100 häusliche Pflege/ Kombi-Pflege	60500 Wohnumfeldverbesserung	61000 Pflegeberatung
60200 Pflegegeld	60600 Stationäre Pflege	61100 Wohngruppenzuschlag
60300 Pflegehilfsmittel	60700 Behindertenhilfe	61200 Tages-/ Nachtpflege
60400 Betreuungsleistungen	60800 Verhinderungspflege	61400 Kurzzeitpflege

Folgende Aufwendungen wurden nicht berücksichtigt:

(Bitte beachten Sie die entsprechenden Hinweise)

Rechnungs- Rechnungs- Hinweise
datum betrag (€)

Beihilfeberechtigter
 12.05.2021 34,95 5401 1621 9004

Hinweise zu den Belegen

Hinweis 1621:

Nähere Informationen entnehmen Sie der beigelegten Anlage.

Hinweis 5401:

Zu den Aufwendungen für apothekenpflichtige Arzneimittel wird nach Maßgabe des § 22 Bundesbeihilfeverordnung Beihilfe gewährt, wenn sie von einem Arzt oder Zahnarzt nach Art und

Umfang schriftlich verordnet oder während einer Behandlung verbraucht wurden. Das geltend gemachte Arzneimittel ist nicht apothekenpflichtig, daher können wir die Aufwendungen nicht oder nicht vollständig berücksichtigen.

Hinweis 5450:

Bei Arznei- und Verbandmitteln sowie bei Medizinprodukten mindern sich nach § 49 Abs. 1 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) die beihilfefähigen Aufwendungen um 10 % der Kosten, mindestens um 5 € und höchstens um 10 €, jedoch nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten.

Hinweis 5455:

Aufwendungen für Arzneimittel sind auf ggf. bestehende Festbeträge nach dem Sozialgesetzbuch V begrenzt.

Hinweis 5600:

Bei Hilfsmitteln mindern sich nach § 49 Abs. 1 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) die beihilfefähigen Aufwendungen um 10 % der Kosten, mindestens um 5 € und höchstens um 10 €, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt der Eigenanteil 10 % der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 10 € für den gesamten Monatsbedarf.

Hinweis 9004:

00000001 , XXXXXX (5401)

Arznei-/Verbandmittel

Hier werden ggf. weitere Erläuterungen zur Berücksichtigung von eingereichten Belegen aufgeführt.

Person: Antragsteller

Rechnungsdatum 20.04.2021
Rechnungsbetrag 19,98 €

PZN	Handelsname	Kosten Arznei- mittel (€)	Fest- betrag (€)	Anzahl	verord. Anzahl	bhf. fähig	Beihilfefähiger Betrag (€)	Abl.- grund
07601866	XXXXXX	19,98	23,81	1	1	J	14,98	

Beihilfefähiger Betrag 14,98

Arznei-/Verbandmittel

Person: Antragsteller

Rechnungsdatum 12.05.2021
Rechnungsbetrag 52,57 €

PZN	Handelsname	Kosten Arznei- mittel (€)	Fest- betrag (€)	Anzahl	verord. Anzahl	bhf. fähig	Beihilfefähiger Betrag (€)	Abl.- grund
01833475	XXXXXX	14,27	15,16	1	1	J	9,27	
01384563	XXXXXX	14,20	14,21	1	1	J	9,20	
06873031	XXXXXX	24,10	36,08	1	1	J	19,10	

Beihilfefähiger Betrag 37,57

Arznei-/Verbandmittel

Person: Antragsteller

Rechnungsdatum 04.06.2021
Rechnungsbetrag 13,73 €

PZN	Handelsname	Kosten Arznei- mittel (€)	Fest- betrag (€)	Anzahl	verord. Anzahl	bhf. fähig	Beihilfefähiger Betrag (€)	Abl.- grund
03343143	XXXXXX	13,73	13,73	1	1	J	8,73	

Beihilfefähiger Betrag 8,73

Arznei-/Verbandmittel

Person: Antragsteller

Rechnungsdatum 10.06.2021

Rechnungsbetrag 56,17 €

PZN	Handelsname	Kosten Arznei- mittel (€)	Fest- betrag (€)	Anzahl	verord. Anzahl	bhf. fähig	Beihilfefähiger Betrag (€)	Abl.- grund
10020179	XXXXXX	51,91	0,00	1	1	J	46,72	
02567001	XXXXXX	4,26	0,00	1	1	J	4,26	

Beihilfefähiger Betrag 50,98

Arznei-/Verbandmittel

Person: Antragsteller

Rechnungsdatum 18.06.2021
Rechnungsbetrag 45,61 €

PZN	Handelsname	Kosten Arznei- mittel (€)	Fest- betrag (€)	Anzahl	verord. Anzahl	bhf. fähig	Beihilfefähiger Betrag (€)	Abl.- grund
02850079	XXXXXX	45,61	30,15	1	1	J	25,15	

Beihilfefähiger Betrag 25,15

Arznei-/Verbandmittel

Person: Antragsteller

Rechnungsdatum 18.06.2021
Rechnungsbetrag 49,23 €

PZN	Handelsname	Kosten Arznei- mittel (€)	Fest- betrag (€)	Anzahl	verord. Anzahl	bhf. fähig	Beihilfefähiger Betrag (€)	Abl.- grund
10517112	XXXXXX	49,23	52,85	1	1	J	44,23	

Beihilfefähiger Betrag 44,23