

Anfrage Kostenerstattung Digitale Gesundheitsanwendung für

_____, _____
Name, Vorname des/der Versicherten , geb. am

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei dem/der o.g. Patient:in wurde eine

Nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0)

diagnostiziert. Basierend auf dieser Indikation empfehle ich die Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

somnio (PZN 16898724)

zum Preis von 464,00 € (inkl. 16% MwSt.) für eine Lizenzdauer von 90 Tagen nach Zugangsaktivierung. Von allen Gesetzlichen Krankenkassen werden die Kosten des Programms bereits übernommen. Bitte prüfen Sie, ob die Kosten auch von Ihrer Kasse rückerstattet werden können und bestätigen Sie dies Ihrem/Ihrer Versicherten.

Bei Fragen zur DiGA konsultieren Sie bitte die Website www.somn.io oder wenden sich per E-Mail an medical@mementor.de.

Freundliche Grüße

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname des/der verordnenden
Arztes/Ärztin bzw. Psychotherapeut:in

Institution/Praxis, Stempel