

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG (KOSTENZUSCHUSS)

Patient/in Name _____	Vers.Nr. _____	Geb.-Datum _____
Versicherte/r _____	Vers.Nr. _____	Geb.-Datum _____
Wohnadresse _____	PLZ/Ort _____	
Telefonnummer _____	E-Mail _____	
Kontoinhaber _____	Vers.Nr. _____	Geb.-Datum _____
IBAN _____	BIC _____	

Anweisungen erfolgen auf das bei der Kasse vorgemerkte Girokonto. Wir ersuchen Sie daher, beim Antrag auf Kostenerstattung (Kostenzuschuss) jede Änderung Ihrer Bankverbindung bekannt zu geben.

Unterschrift des Hauptversicherten, wenn das Konto NICHT auf den Hauptversicherten oder Patienten lautet:

 Ort Datum Unterschrift der/des Versicherten

Um eventuelle Rückfragen zu vermeiden, ersuchen wir Sie bei jeder Einreichung Ihre Bankverbindung bekannt zu geben.

Bitte kreuzen Sie an, für welche Leistung Sie einen Antrag einreichen:

- Wahlarzthilfe (Alle Wahlärztinnen/Wahlärzte außer Zahnärztinnen/Zahnärzte, MR/CT, usw.).
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung
- Heilmittel, Hilfsmittel
- Krankenbehandlung im Ausland

Allgemeine Informationen

Eine parallele Einreichung per Post, Onlineformular oder E-Mail ist nicht erforderlich und wir ersuchen Sie dringend davon Abstand zu nehmen, da dies zu vermehrtem Arbeitsaufwand unsererseits führt.

Eine Kostenerstattung für wahlärztliche Hilfe ist nur möglich bei Vorlage

- einer detaillierten Honorarnote mit genauen Angaben über die ärztlichen Leistungen (Datum der Ordinationen, Visiten, Sonderleistungen, Diagnose sowie Stampiglie der/des Leistungserbringerin/Leistungserbringers);
- eines Nachweises über die erfolgte Zahlung (Zahlungsabschnitt, Kontoauszug, von der Bank bestätigte Sammelanweisung oder Saldierungsvermerk auf der Honorarnote);

Sie haben die Möglichkeit, Ihren Antrag auf Kostenersatz **entweder persönlich** in einer Kundenservicestelle abzugeben **oder per Post** einzureichen.

Da es ab sofort möglich ist den Antrag auf Kostenerstattung (Kostenzuschuss), die Honorarnote und den Zahlungsbeleg auch als Duplikat in Form von Kopie, Fax und Scan einzureichen verbleibt das Original bei Ihnen.

Bitte bewahren Sie die Originale 3 Jahre auf, da es zur Einforderung eines Originalnachweises durch die Österreichische Gesundheitskasse kommen kann.

Sollten Sie Kopien Ihrer eingereichten Originalbelege benötigen, ersuchen wir Sie, diese vor der Einreichung anzufertigen, da die Originalbelege aufgrund gesetzlicher Bestimmungen bei der Österreichischen Gesundheitskasse verbleiben und eine nachträgliche Anfertigung von Kopien aus administrativen Gründen nicht möglich ist.

ACHTUNG:

Die Kasse ersetzt der/dem Versicherten 80 % jenes Betrages, den sie bei Inanspruchnahme einer/eines entsprechenden Vertragspartnerin/Vertragspartners für dieselben Leistungen hätte aufwenden müssen, höchstens jedoch das Honorar, das der/dem Leistungserbringerin/Leistungserbringer entrichtet wurde.

Eine Kostenerstattung ist in jedem Fall ausgeschlossen:

- bei gleichzeitiger Inanspruchnahme einer/eines Vertragspartnerin/Vertragspartners (einer eigenen Einrichtung) und einer/eines entsprechenden Wahlbehandlerin/Wahlbehandlers im selben Kalendervierteljahr;
- bei privater Inanspruchnahme einer/eines Vertragspartnerin/Vertragspartners;
- bei Inanspruchnahme einer/eines Vertragsärztin/Vertragsarztes in deren/dessen Privatpraxis (Zweitniederlassung);
- bei Inanspruchnahme einer Spitalsambulanz, welche vom Landesfonds finanziert wird;
- bei Inanspruchnahme von mehr als einer/einem Wahlärztin/Wahlarzt der gleichen Sparte im selben Quartal (in diesem Fall werden nur die Kosten für jene/jenen Wahlärztin/Wahlarzt ersetzt, deren/dessen Honorarnote zuerst bei der Kasse zur Kostenerstattung einlangt).

Wenn eine nachträgliche Überprüfung ergibt, dass Kostenersatz zu Unrecht geleistet wurde, so ist dieser zurückzuzahlen.