

# Beiblatt

## Hinweise zum Antrag auf Kostenerstattung (Kostenzuschuss)

### Wichtige Hinweise für Psychotherapie

Ein Kostenzuschuss für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung durch freiberuflich tätige, berufsberechtigte Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten ist nur möglich:

- bei **Vorliegen einer psychischen Störung**, die als Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn anzusehen ist (Diagnose);
- bei Vorlage **eines schriftlichen Nachweises** über die Durchführung der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung sowie
- bei Vorlage einer **saldierten, detaillierten Originalhonorarnote** mit genauen Angaben über die erbrachten Leistungen (Datum und Dauer der einzelnen Behandlungen, Diagnose – ICD-10-Code 4-stellig, Einzel- oder Gruppentherapie, Stampiglie der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten);
- psychotherapeutische Leistungen unterliegen der Bewilligungspflicht durch den Medizinischen Dienst der Kasse – der Antrag auf Bewilligung ist **vor der 11. Behandlung** zu stellen – das bewilligungsfreie Kontingent ist mit zehn Sitzungen limitiert;
- **Nachträgliche Bewilligungen sind ausnahmslos ausgeschlossen.** Das entsprechende Antragsformular, welches Sie bei Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten bzw. in allen Kundenservicestellen erhalten, muss **vollständig ausgefüllt** werden.

**Ein Kostenzuschuss ist in jeden Fall ausgeschlossen:**

- für nicht in Anspruch genommene Sitzungen (Ausfallshonorar);
- für Supervision, Autogenes Training;
- bei nicht berufsberechtigten Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten ohne Niederlassung;
- bei bloßer Beratung bei Schul-, Familien- und Berufsproblemen;
- für nicht bewilligte Sitzungen bzw. Sitzungen, die die bewilligte Frequenz überschreiten;
- für Sitzungen, welche während eines stationären Aufenthaltes in Anspruch genommen werden.

**ACHTUNG:** Die Bewilligung gilt für eine bestimmte Anzahl von Behandlungen, die während eines genau definierten Zeitraumes (Beginn und Ende der Bewilligung) konsumiert werden können. Nicht aufgebrauchte Sitzungen verfallen mit dem Ende der Bewilligung.

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

## Wichtige Hinweise für weitere Leistungen

**Betreuungen durch freiberufliche Hebammen** werden ersetzt bei Vorlage

- einer saldierten, detaillierten Honorarnote mit der Angabe über die erbrachten Hebammenleistungen (Hausgeburt oder ambulante Geburt, Daten der Visiten mit Kilometerangabe).

Untersuchungen durch **klinische Psychologen** bedürfen unbedingt

- einer detaillierten, saldierten Honorarnote mit der Angabe der Art und der Dauer der durchgeführten Tests und der Diagnose sowie
- einer Zuweisung einer/eines Fachärztin/Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, einer/eines Fachärztin/Facharztes für Innere Medizin, einer/eines Fachärztin/Facharztes für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. einer/eines Psychotherapeutin/Psychotherapeuten, welche eine präzise Fragestellung und eine Verdachtsdiagnose (Wortlaut sowie ICD-10-Code bzw. ICD-9-Code 4-stellig) zu enthalten hat, aus der hervorgeht, dass das Vorliegen einer Krankheit vermutet wird.

Für **Heilmittel** kann Kostenerstattung nur geleistet werden bei Vorlage

- eines Rezeptes (mit Namen der/des Patientin/Patienten und Ausstellungsdatum) und
- des Bezugsnachweises (Apothekenstempel und Preisangabe auf dem Rezept oder der Apothekenrechnung).

Bei Inanspruchnahme **physikalischer Behandlung** ersuchen wir Sie, folgende Unterlagen einzusenden:

- eine saldierte, detaillierte Honorarnote mit genauen Angaben über die erbrachten physikalischen Leistungen (Behandlungsdaten, Art und Dauer der einzelnen physikalischen Behandlungen, Diagnose und Stampiglie der/des Leistungserbringerin/Leistungserbringers);
- eine auf die Art und Anzahl der durchgeführten Behandlungen lautende Verordnung einer/eines Ärztin/Arztes für Allgemeinmedizin oder einer/eines Fachärztin/Facharztes, die vor der Behandlung ausgestellt und von der Österreichischen Gesundheitskasse genehmigt wurde;
- bitte beachten Sie, dass für eine Kostenübernahme der Kasse bei einigen physikalischen Behandlungen (z.B. Lymphdrainagen, neurophysiologische Bewegungsübungen, Hippotherapie) ein spezieller Ausbildungsnachweis der/des Behandlerin/Behandlers erforderlich ist.
- Nach der Krankenordnung sind physikalische Behandlungen innerhalb eines Monats - ab dem Tag der Erteilung der Kassengenehmigung - in Anspruch zu nehmen. Die Behandlung sollte tunlichst innerhalb eines Quartals abgeschlossen werden, längstens jedoch bis zum Ende des darauffolgenden Quartals.

## Wichtige Hinweise Zahn

Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz, Kostenerstattungen für mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen (z.B. Verschiebelappenoperation bzw. Flap-Operation, Narkose, Drainage der Kieferhöhle, chirurgische Fremdkörperentfernung, etc.) und Kostenzuschüsse für Inlays oder Onlays sowie anderes Material bei Prothesenherstellung bei nachgewiesener Allergie gegen Vertragsmaterialien müssen **vor Beginn der Behandlung (Anfertigung)** von der Kasse genehmigt werden.