

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

für Wahlarzthilfe und Heilmittel

Patient/in	Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
Versicherte/r			Versicherungsnummer
Anschrift		Tel.-Nr.:	
		E-Mail:	
Anweisungen erfolgen auf das bei der Kasse vorgemerkte Girokonto. Wir ersuchen Sie daher, beim Antrag auf Kostenerstattung jede Änderung Ihrer Bankverbindung bekannt zu geben.			
Kontonummer:		BLZ:	

Ort

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Wichtige Hinweise

Eine Kostenerstattung für wahlärztliche Hilfe ist nur möglich bei Vorlage

- einer **detaillierten Originalhonorarnote** mit genauen Angaben über ärztliche 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 Sammelüberweisung oder Saldierungsvermerk auf der Honorarnote);

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

- eine saldierte, detaillierte Originalhonorarnote 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 vom Medizinischen Dienst der Kasse genehmigt wurde;
- bitte beachten Sie, dass für eine Kostenübernahme der Kasse bei einigen physikalischen Behandlungen (zB Lymphdrainagen, neurophysiologische Bewegungsübungen, Hippotherapie) ein spezieller Ausbildungsnachweis der/des Behandlerin/Behandlers erforderlich ist.
- Nach der Krankenordnung der Wiener Gebietskrankenkasse 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.

Für CT- und MRT-Untersuchungen

- ist unbedingt eine vorherige Genehmigung durch den Medizinischen Dienst einzuholen;
- das bewilligte Formular ist gemeinsam mit der saldierten Honorarnote einzureichen.

Betreuungen durch freiberufliche Hebammen werden ersetzt bei Vorlage

- einer saldierten, detaillierten Originalhonorarnote 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 Originalhonorarnote 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 Originalrezeptes (mit Name der/des Patientin/Patienten und Ausstellungsdatum) und
- des Bezugsnachweises (Apothekenstempel und Preisangabe auf dem Rezept oder der Apothekenrechnung).

ACHTUNG:

Die Kasse ersetzt der/dem Versicherten 80 % jenes Betrages, den sie bei Inanspruchnahme einer/eines entsprechenden Vertragspartnerin/Vertragspartners für dieselbe 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 Kalenderviertel;
- 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.

Sie haben die Möglichkeit, Ihren Antrag auf Kostenersatz **entweder persönlich** in einer der Bezirkstellen, in einem Kundencenter bzw. im zentralen Verwaltungsgebäude abzugeben **oder per Post** einzureichen.

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

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