



Paymaster's Office

ERSTATTUNG VON KRANKHEITSKOSTEN

PRAKTISCHER LEITFADEN

Dieser praktische Leitfaden soll Ihnen als Versicherte des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems der Organe der Europäischen Union (nachstehend GKFS) einen benutzerfreundlichen Überblick über die Regeln (Allgemeine Durchführungsbestimmungen - ADB) für die Erstattung Ihrer medizinischen Behandlungskosten geben, die am 1. Juli 2007 in Kraft getreten sind.

Bei eventuell vorhandenen Widersprüchen gilt der rechtliche Rahmen des GKFS (Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem und ADB).

Inhaltsverzeichnis

AUF EINEN BLICK	3
1. Ärztliche Konsultationen und Arztbesuche	7
2. Krankenhausaufenthalte und chirurgische Eingriffe	9
3. Leistungen bei Hilfsbedürftigkeit	12
4. Arzneimittel	14
5. Zahnpflege und -behandlung.....	16
6. Medizinische Analysen und ärztliche Untersuchungen	17
7. Schwangerschaft, Geburt und Unfruchtbarkeit.....	18
8. Diverse medizinisch-therapeutische Behandlungen.....	20
9. Medizinische Hilfskräfte	24
10. Genesungskuren und postoperative Kuren	25
11. Thermalkuren	26
12. Brillen	28
13. Kontaktlinsen	29
14. Hörgeräte	30
15. Orthopädische und sonstige medizinische Hilfsmittel	31
16. Kosten für den Transport eines Anspruchsberechtigten des GKFS.....	32
17. Bestattungskosten	33
18. Versicherungsschutz im Urlaub	33
Weitere Informationen	34

AUF EINEN BLICK...

Wer hat Anspruch auf Leistungen des GKFS?

- die **Versicherten:**
 - Beamte,
 - Bedienstete auf Zeit,
 - Vertragsbedienstete,
 - Rentner/Pensionäre oder Empfänger einer Entschädigung bei Ausscheiden aus dem Dienst,
 - Angehörige bestimmter Organe.
- **mitversicherte Personen:**
 - unterhaltsberechtigzte Kinder,
 - Ehegatten,
 - anerkannte Partner.

Für die beiden letztgenannten Kategorien gelten bestimmte Einschränkungen (siehe Titel I Kapitel 2 der ADB).

→ siehe Rubrik *Weitere Informationen* ...

Erstattungssätze - wie viel wird erstattet?

Bei der Abrechnung Ihrer Kostenerklärung wird auf jeden einzelnen Rechnungsposten ein bestimmter Erstattungssatz angewandt.

80 %: Regelerstattungssatz für folgende Kosten:

- zahnärztliche Behandlungen,
- diverse therapeutische Behandlungen,
- medizinisches Hilfspersonal und Krankenpfleger,
- Thermalkuren,
- Transportkosten.

85 %: Regelerstattungssatz für folgende Kosten:

- ärztliche Konsultationen und Arztbesuche,
- chirurgische Eingriffe,
- Krankenhausaufenthalte,
- Arzneimittel,
- ärztliche Untersuchungen,
- Laboranalysen,
- Brillen und Kontaktlinsen,
- orthopädische und sonstige medizinische Hilfsmittel.

100 %: Erstattungssatz, der nur im Fall einer anerkannten schweren Krankheit auf die verauslagten Kosten zur Anwendung gelangt.

Als anerkannte schwere Krankheiten gelten Erkrankungen, auf die die folgenden vier Kriterien gleichzeitig, wenn auch in verschiedenen Graden, zutreffen:

- ungünstige Lebensprognose,
- chronischer Verlauf,
- Notwendigkeit schwerwiegender diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen,
- Vorhandensein oder Risiko einer schwerwiegenden Beeinträchtigung.

Gemäß Statut gelten Krankheiten wie Tuberkulose, Kinderlähmung, Krebs und Geisteskrankheiten als anerkannte schwere Krankheit.

Die 100 %-ige Deckung wird für den geschätzten Zeitraum der Behandlung der schweren Krankheit, höchstens aber für 5 Jahre gewährt. Beginn des Erstattungszeitraums ist in der Regel der Zeitpunkt, zu dem die als schwer anerkannte Krankheit diagnostiziert wird.

Am Ende dieses Zeitraums kann ein Antrag auf Verlängerung gestellt werden, dem ein fachärztlicher Bericht beizufügen ist. Dieser Bericht muss folgende Angaben enthalten:

- Krankheitsverlauf,
- noch erforderliche Behandlung und/oder Überwachung.

Treffen zu diesem Zeitpunkt nicht mehr alle vier Kriterien auf die Krankheit zu, kann die Verlängerung der 100 %-igen Deckung nicht gewährt werden.

Ändert sich die Situation, kann die Entscheidung auf erneute Antragstellung hin geprüft werden.

Wichtiger Hinweis!

Für einige Leistungen gilt auch im Fall einer anerkannten schweren Krankheit ein Erstattungshöchstbetrag.

Erstattungshöchstbetrag

Unter Höchstbetrag ist der für eine Leistung maximal erstattungsfähige Betrag zu verstehen. Folglich beträgt der Erstattungssatz hier nicht 80 % oder 85 % oder 100 %, da der Erstattungsbetrag infolge Anwendung des Höchstbetrags begrenzt wird. Beispiel: Eine Konsultation bei einem Allgemeinmediziner ist auf 35 € begrenzt. Die Erstattung erfolgt zu 85 % bezogen auf die 35 €.

Ausgleichskoeffizienten

Die in der Broschüre ausgewiesenen Beträge entsprechen den in Belgien üblichen Tarifen. Auf diese Beträge gelangt ein Ausgleichskoeffizient zur Anwendung, sofern die Leistung in einem anderen Mitgliedstaat erbracht wird, um eine Gleichbehandlung zu gewährleisten.

Überhöhte Kosten (Art. 20 Abs. 3)

Wurde (auch für den Fall einer anerkannten schweren Krankheit) kein Erstattungshöchstbetrag festgelegt, kann der Teil der Kosten, der über die normalen Preise hinausgeht, die in dem Land, in dem die Leistungen erbracht wurden, üblich sind, von der Erstattung ausgenommen werden.

Der als überhöht betrachtete Kostenanteil wird im Einzelfall nach Stellungnahme des Vertrauensarztes von der Abrechnungsstelle festgelegt.

Ärztliche Verordnungen - wichtig für die Erstattung

Auf allen ärztlichen Verordnungen ist Folgendes anzugeben:

- Name des verordnenden Arztes und offizielle Angaben zum Arzt,
- vollständiger Name des Patienten,
- Angaben zu den medizinischen Anwendungen (Art der Behandlung, Anzahl der Sitzungen),
- oder Angabe des verschriebenen Arzneimittel/Wirkstoffs,
- Ausstellungsdatum,
- Unterschrift des verordnenden Arztes.

Wichtiger Hinweis! Die ärztliche Verordnung muss bei der ersten Behandlung bzw. beim Kauf des Arzneimittels weniger als 6 Monate zurückliegen.

Belege

Eine Leistung kann nur dann erstattet werden, wenn sie ärztlich verordnet wurde und von einem Dienstleister, der zur Ausübung eines medizinischen oder paramedizinischen Berufs offiziell befugt ist, oder in einer Einrichtung, die von den zuständigen Behörden ordnungsgemäß zugelassen ist, erbracht wurde.

Die jeweiligen Quittungen und Rechnungen müssen mit der Gesetzgebung des Landes, in dem sie ausgestellt wurden, konform sein und folgende Vermerke tragen:

- vollständiger Name des Patienten,
- Art der medizinischen Anwendung(en),
- Datum und vereinnahmter Honorarbetrag für jede medizinische Anwendung,
- Name des Dienstleisters und offizielle Angaben zum Dienstleister.

In Belgien ist eine Behandlungsbescheinigung, auf der der Zahlbetrag ausgewiesen ist, oder eine steuerlich gültige Quittung stets zwingend erforderlich. Ab 1. Januar 2015 kann keine Erstattung mehr ohne offizielles Dokument erfolgen.

Was insbesondere Dienstleister anbelangt, die nicht ermächtigt sind, Behandlungsbescheinigungen auszustellen (in Belgien betrifft dies Psychologen, Osteopathen, Podologen/medizinische Fußpfleger), so gibt es dafür Quittungen, die einem Quittungsheft zu entnehmen sind, dessen Muster vom (*belgischen*) Ministerium für Finanzen festgelegt wird. Sie finden im Anhang entsprechende Beispiele zu den diversen Leistungskategorien. Leisten Sie die Zahlung an Ihren Dienstleister per Banküberweisung, können Sie die betreffende ordnungsgemäß ausgestellte Honorarnote mit dem Zahlungsbeleg beifügen.

In Italien wird Ihnen von Ihrem Dienstleister eine Rechnung ausgestellt (siehe Anhang).

Wichtiger Hinweis!

Für die Erstattung können Anzahlungen oder Teilzahlungen auf Honorarbeträge nicht berücksichtigt werden.

Fügen Sie die Belege dafür bei Übermittlung Ihres Erstattungsantrags der Schlussrechnung zusammen mit einer Aufschlüsselung der Leistungen bei.

Anmerkung: Kosten einer Behandlung, die ein medizinischer oder paramedizinischer Dienstleister einem GKFS-versicherten Familienmitglied zuteil werden lässt, sind nicht erstattungsfähig.

Vorherige Genehmigung

Es handelt sich hierbei um ein für bestimmte Erstattungen notwendiges Verfahren, das gegenüber Ihrer Abrechnungsstelle zu befolgen ist.

Der Antrag auf vorherige Genehmigung ist bei Ihrer Abrechnungsstelle vor Beginn der Behandlung vorzulegen. Für die Beantragung der Erstattung derartiger Leistungen ist ein Positivbescheid bezüglich der Kostenübernahme erforderlich. Allerdings ist die Entscheidung des Leiters der Abrechnungsstelle abzuwarten, bevor mit der Behandlung begonnen werden kann. Im Bescheid wird entweder ein Zeitraum der Kostenübernahme oder eine bestimmte Anzahl von Behandlungen oder ein erstattungsfähiger Höchstbetrag ausgewiesen. Die Erstattung erfolgt im Rahmen dieses Bescheids.

Dem Antrag auf vorherige Genehmigung sind beizufügen:

- Formular für die vorherige Genehmigung oder Antrag, abrufbar über den Online-Kontakt zum GKFS,
- detaillierte ärztliche Verordnung,
- ausführlicher fachärztlicher Bericht oder Kostenvoranschlag (je nach Leistung).

Übersenden Sie diese Unterlagen entweder auf dem Postweg oder über den Online-Kontakt zum GKFS an Ihre Abrechnungsstelle.

Die Entscheidung über den Antrag ergeht nach Stellungnahme seitens des Vertrauensarztes, der eine Aussage zur medizinischen Angemessenheit der Leistung trifft.

Kostenübernahme und Vorschüsse

Die Kostenübernahme ermöglicht, das Krankenhaus zu bitten, die Rechnung für den Krankenhausaufenthalt zur direkten Bezahlung an die Krankenkasse zu leiten. Allerdings ist das Krankenhaus nicht verpflichtet, die Kostenübernahme zu akzeptieren.

Der diesbezügliche Antrag muss vorab vom Versicherten gestellt werden. Sie wird in folgenden Fällen gewährt:

- Krankenhausaufenthalt: Übernahme der Hauptrechnungen sowie der Rechnungen der Chirurgen und des Anästhesisten,
- schwerwiegende ambulante Behandlungen: im Rahmen einer anerkannten schweren Krankheit, z. B. Strahlentherapie, Chemotherapie, Dialyse,
- wiederholter Kauf kostenintensiver Arzneimittel z. B. Wachstumshormone oder wiederholte Inanspruchnahme eines Rettungs- oder Krankentransportwagens oder bestimmte kostenintensive Untersuchungen.

Liegt keine Vereinbarung vor, vergessen Sie bitte nicht, in Ihrem Antrag den voraussichtlichen Aufnahmetermin sowie den Tagespreis für das Zimmer und/oder eine Schätzung der Gesamtkosten anzugeben.

Seien Sie sich der Tatsache bewusst, dass ein Teil der (zuweilen hohen) Kosten nach Anwendung der Tarifordnung auf Sie umgelegt wird. Reisen Sie also in Länder, in denen medizinische Leistungen kostenintensiv sind, wird empfohlen, dieses Risiko durch eine gesonderte Versicherung abzudecken.

Wenn Sie sich für eine Kostenübernahme durch das GKFS entscheiden, werden die in Rede stehenden Rechnungen nach Erhalt und einer ersten Überprüfung von Ihrer Abrechnungsstelle bezahlt. Wünschen Sie Kopien Ihrer Rechnungen, können Sie sich jederzeit an das Krankenhaus wenden. Es empfiehlt sich, dem Bereich Kostenübernahme Ihrer Abrechnungsstelle alle zweckdienlichen Informationen im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt/Ihrer Rechnungslegung zukommen zu lassen.

Vorschüsse auf Erstattungen können unter bestimmten Bedingungen gewährt werden, um größere Aufwendungen zu decken (füllen Sie dazu bitte das entsprechende Antragsformular aus und reichen Sie es bei Ihrer Abrechnungsstelle ein).

Wichtiger Hinweis!

Die Kostenübernahme stellt eine finanzielle Erleichterung dar, sie bietet jedoch keine Garantie für eine Erstattung. Es gelangen alle für Erstattungen geltenden Verfahren zur Anwendung.

Erstattungsantrag

Sie können Ihren Erstattungsantrag auf elektronischem Weg über das Tool „RCAM en ligne“ (Online-Kontakt zum GKFS) unter folgender Adresse einreichen: <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>. Der Schutz Ihrer Daten wird dank der gesicherten ECAS-Verbindung gewährleistet (siehe dazu auch am Ende dieses Dokuments unter der Rubrik *Weitere Informationen ...*). Sie müssen Ihre Originalunterlagen in diesem Fall ab Erhalt Ihrer Abrechnung 18 Monate lang aufbewahren.

Alternativ dazu können Erstattungsanträge von den Versicherten bei der jeweiligen Abrechnungsstelle eingereicht werden. Dazu ist ein Formular auszufüllen und die entsprechenden Belege sind im Original beizufügen.

Wird ein Antrag auf ergänzende Erstattung gestellt, ist zwingend eine Kopie der beglichenen Originalrechnung beizufügen. Darüber hinaus ist eine detaillierte Aufstellung der bereits im Rahmen eines anderen sozialen Sicherungssystems erhaltenen Erstattungsbeträge beizubringen.

VERFAHRENSWEISEN UND REGELN FÜR DIE ERSTATTUNG

1. ÄRZTLICHE KONSULTATIONEN UND ARZTBESUCHE

Konsultation = in der Arztpraxis,

Arztbesuche = der Arzt begibt sich zum Patienten (z. B. nach Hause oder in das Krankenhaus).

Was ist grundsätzlich in einer ärztlichen Konsultation oder einem Arztbesuch inbegriffen?

- Befragung des Patienten,
- klinische Untersuchung,
- gegebenenfalls ärztliche Verordnung.

Was ist zudem in einer ärztlichen Konsultation oder einem Arztbesuch inbegriffen?

- diagnostische Mittel wie Blutdruckmessung, Abstrich,
- Blutentnahme,
- Urinalysen,
- Verabreichung von Spritzen,
- Impfungen,
- Anlegen von Verbänden,
- Ausstellung einer Bescheinigung,
- Kosten im Zusammenhang mit dem Termin sowie Fahrtkosten des Arztes.

Wiederholte Konsultationen müssen nicht erstattet werden, sofern der Vertrauensarzt einschätzt, dass diese unbegründet oder nicht notwendig sind.

1.1. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Honorar	Erstattungssatz	Höchstbetrag ¹	Erstattungssatz bei anerkannter schwerer Krankheit
Allgemeinmediziner	85 %	35 €	100 %
Facharzt	85 %	50 €	100 %
Dringende Besuche, Nacht-, Wochenend- oder Feiertagsbesuche	85 %	---	100 %
Konsultation des behandelnden Arztes per Telefon, Post, E-Mail	85 %	10 €	10 €
Führende Spezialisten	85 %	150 €	100 %

Zu Ihrer Information:

Was ist ein **führender Spezialist**? Es handelt sich hierbei um eine auf einem bestimmten Gebiet international anerkannte Fachkraft, die ein Forschungsteam leitet und wissenschaftliche Beiträge veröffentlicht. Die Erstattung ist jedoch **für ein und dieselbe Erkrankung auf 2 Besuche pro Jahr beschränkt**, dies auch nur mit vorheriger Genehmigung.

1.2. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- Konsultationen per Internet,
- Honorare für vom Patienten nicht wahrgenommene Termine,
- getrennt berechnete Versandkosten für fachärztliche Berichte,
- nicht zu Therapie Zwecken durchgeführte bzw. verwaltungstechnisch bedingte Konsultationen, Untersuchungen und Leistungen, z.B.:
 - gerichtliche Gutachten,
 - Untersuchung im Rahmen einer Versicherung,
 - berufliche Eignungstests oder Gesundheitschecks zum Erwerb des Pilotenscheins,

¹ Höchstbeträge für Belgien. Werden die Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat erbracht, gelangt gegebenenfalls ein Ausgleichskoeffizient zur Anwendung. → siehe Rubrik *Auf einen Blick ...*

- arbeitsmedizinische Untersuchungen (Einstellungsuntersuchungen, jährliche ärztliche Untersuchung, eventuell vom ärztlichen Dienst, jedoch nicht vom GKFS übernommen).

2. KRANKENHAUSAUFENTHALTE UND CHIRURGISCHE EINGRIFFE

Als Krankenhausaufenthalte gelten Aufenthalte in einem Krankenhaus oder einer Klinik zu folgenden Zwecken:

- Behandlung medizinischer Erkrankungen, Vornahme von chirurgischen Eingriffen und Entbindungen, einschließlich Aufenthalt in Tageskliniken,
- Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung nach einer Erkrankung oder einem Eingriff mit anschließender Invalidität,
- Behandlung psychiatrischer Erkrankungen,
- Palliativbehandlungen.

2.1. Vorherige Genehmigung

Eine vorherige Genehmigung (einschließlich Übermittlung eines fachärztlichen Berichts) ist für folgende Aufenthalte erforderlich:

- Aufenthalte von mehr als 6 Monaten,
- Aufenthalte, die einem Eingriff im Bereich der plastischen Chirurgie dienen (z. B. Magenplastik, Korrektur der Nasenscheidewand, Rekonstruktion der Brust),
- Aufenthalte in einem psychiatrischen Krankenhaus von mehr als 12 Monaten,
- Aufenthalte zwecks Rehabilitation/Wiederherstellung, die nicht im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erfolgen, oder Aufenthalte von mehr als 2 Monaten,
- Aufenthalte in einer auf Früherkennung und Diagnose spezialisierten Klinik,
- Aufenthalte in einer Rehabilitationsklinik, die nicht im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erfolgen,
- sowie Aufenthalte als Begleitperson eines in das Krankenhaus eingewiesenen Patienten.

2.2. Kostenübernahmeerklärung

Bei einer Kostenübernahme kann das Krankenhaus die Krankenhausrechnung direkt an die Krankenversicherung zwecks Direktzahlung übersenden.

Der zu Ihren Lasten nach Anwendung der Tarifordnung verbleibende Kostenanteil (der zuweilen hoch ist, dies insbesondere in Ländern mit kostenintensiven medizinischen Leistungen wie USA, Kanada, Schweiz und Norwegen) wird grundsätzlich von weiteren Erstattungen, eventuell von Ihren Bezügen, Ihrer Pension oder von jeder sonstigen Summe, die Ihnen das Organ schuldet, in Abzug gebracht.

Wichtiger Hinweis!

- Bei Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung kann das Krankenhaus von Ihnen keine Anzahlung fordern.
- Wer über das GKFS lediglich ergänzend abgesichert ist, hat keinen Anspruch auf Kostenübernahme, sondern muss sich an seinen Hauptversicherungsträger wenden.
- Wurde der Antrag auf vorherige Genehmigung vom Vertrauensarzt negativ beschieden, erfolgt keine Kostenübernahme und auch keine Kostenerstattung.

Vorschüsse auf Erstattungen können unter bestimmten Bedingungen gewährt werden, um größere Aufwendungen zu decken (füllen Sie dazu bitte das entsprechende Antragsformular aus und reichen Sie es bei Ihrer Abrechnungsstelle ein).

- siehe Kostenübernahme und Vorschüsse unter der Rubrik *Auf einen Blick ...*
- siehe Rubrik *Weitere Informationen ...*
- Link zum Formular/zu „RCAM en ligne“ (Online-Kontakt zum GKFS)

Wenn es sich um einen Notfall handelt ...

In Ausnahmefällen kann die Kostenübernahme (von Ihnen oder in Ihrem Namen) unter Angabe Ihrer persönlichen Daten, Ihrer Personalnummer und des betreffenden Krankenhauses beim zuständigen Sachbearbeiter Ihrer Abrechnungsstelle beantragt werden. Hinterlassen Sie dazu eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter oder senden Sie andernfalls eine E-Mail.

Das Amt für die Feststellung und Abwicklung individueller Ansprüche (PMO) wird sich mit dem Krankenhaus, in dem Sie sich aufhalten, in Verbindung setzen, um ihm die erforderliche Kostenübernahmeerklärung zu übermitteln.

Nach dem Krankenhausaufenthalt ...

Wenn eine Kostenübernahme erfolgt ist:

In diesem Fall lässt Ihnen Ihre Abrechnungsstelle eine Kostenabrechnung zukommen. Der Kostenanteil, der zu Ihren Lasten geht (+/- 15 %), wird grundsätzlich von künftigen Erstattungen, eventuell von Ihren Bezügen, Ihrer Pension oder von jeder sonstigen Summe, die Ihnen das Organ schuldet, in Abzug gebracht.

Wenn Sie Ihre Krankenhausrechnung selbst beglichen haben:

- In diesem Fall füllen Sie bitte einen Erstattungsantrag aus, dem Folgendes beizufügen ist:
 - detaillierte Rechnung über die erbrachten Leistungen (auf der Grundlage des offiziellen einzelstaatlichen Leistungskatalogs),
 - gegebenenfalls Beleg für die Anzahlung, die Sie bei der Aufnahme zu leisten hatten.
- Reichen Sie bitte sämtliche Unterlagen bei Ihrer Abrechnungsstelle ein.

2.3. In welcher Höhe wird erstattet?

Der Erstattungssatz beträgt **85 %**, einschließlich der Honorare für den Chirurgen und seine Assistenten sowie des Honorars des Anästhesisten.

Er beträgt in folgenden Fällen **100 %**:

- bei einer anerkannten schweren Krankheit,
- bei Aufhalten auf der Intensivstation an mindestens 3 aufeinanderfolgenden Tagen,
- bei Aufhalten zum Zweck einer Palliativbehandlung,
- nach Stellungnahme des Vertrauensarztes bei Aufenthaltskosten für mehr als 30 aufeinanderfolgende Tage.

Bei einer Erstattung zu **85 %** können die Höchstbeträge je nach Art des Eingriffs zwischen 535 EUR und 10.000 EUR liegen. Ein erschöpfendes Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe, aufgeschlüsselt nach Kategorien, finden Sie in Anhang I der ADB.

→ siehe Rubrik *Weitere Informationen...*

Kosten für chirurgische Eingriffe, die nicht in diesem Verzeichnis aufgeführt sind, jedoch mit Eingriffen vergleichbaren Umfangs gleichgestellt werden können, werden nach positiver Stellungnahme des Vertrauensarztes erstattet.

Unterbringungskosten: Die Erstattung beschränkt sich auf den Preis für das kostengünstigste Einbettzimmer des Krankenhauses und auf die aus medizinischer Sicht notwendige Dauer des Krankenhausaufenthalts. Sie erfolgt gegen Vorlage einer ordnungsgemäß ausgestellten Rechnung.

Diagnose- und Behandlungskosten: Der Erstattungssatz beträgt **85 %** bzw. (bei anerkannter schwerer Krankheit) **100 %** der Kosten für den Operationssaal und alle sonstigen Kosten im Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff. Gleiches gilt für Arzthonorare, Analysen, Laboruntersuchungen und sonstige Leistungen, die direkt mit dem Eingriff oder dem Krankenhausaufenthalt in Zusammenhang stehen.

Kosten von Begleitpersonen: In Ausnahmefällen kann auf Verordnung des behandelnden Arztes und nach vorheriger Genehmigung eine Erstattung von **85 %** (begrenzt auf höchstens 40 EUR/Tag) für die Aufenthaltskosten eines Familienmitglieds gewährt werden, das einen stationär behandelten Anspruchsberechtigten begleitet, der das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder aus medizinischen Gründen der besonderen Unterstützung durch ein Familienmitglied bedarf. Erstattet werden auch die Aufenthaltskosten für einen Säugling, der die Anwesenheit

der Mutter erfordert.

2.4. Nicht erstattungsfähige Leistungen

Eingriffe im Bereich der plastischen Chirurgie, die aus rein ästhetischen Gründen vorgenommen werden.

3. LEISTUNGEN BEI HILFSBEDÜRFTIGKEIT

Die Erstattung von Leistungen bei Hilfsbedürftigkeit - Aufenthalte in Einrichtungen und Kosten für Pflegepersonal mit Ausnahme von Entziehungsaufenthalten - hängt vom Grad der Hilfsbedürftigkeit ab. Dieser wird vom behandelnden Arzt anhand zweier Fragebögen festgestellt. Nur bei Bedürftigkeit der Grade 1 bis 4 besteht Anspruch auf Kostenerstattung (siehe Titel II Kapitel 3 der ADB).

→ siehe Rubrik *Weitere Informationen ...*

In jedem Fall sind zusätzlich zum Antrag auf vorherige Genehmigung folgende Unterlagen beizubringen:

- fachärztlicher Bericht, in dem die Notwendigkeit des Aufenthalts in der Einrichtung begründet wird und der nähere Angaben zur Art der Behandlung enthält,
- zwei Fragebögen zum Stand der Hilfsbedürftigkeit, ausgefüllt vom behandelnden Arzt.

Übersenden Sie diese Unterlagen entweder auf dem Postweg oder über den Online-Kontakt zum GKFS an Ihre Abrechnungsstelle.

3.1. DAUER- ODER LANGZEITAUFWENTHALTE

3.1.1. Senioren- und Pflegeheime

Die Genehmigung gilt für einen (verlängerbaren) Zeitraum von 12 Monaten.

Für die Aufenthaltskosten beträgt der Erstattungssatz **85 %** bzw. (bei anerkannter schwerer Krankheit) **100 %**, begrenzt auf höchstens 36 EUR/Tag.

Wird auf der Rechnung ein Gesamtbetrag ausgewiesen, der nicht nach Behandlungs- und Aufenthaltskosten aufgeschlüsselt werden kann, gilt ebenfalls eine Höchstgrenze von 36 EUR/Tag und die Kostenaufteilung (Behandlung bzw. Aufenthalt) hängt vom Grad der Hilfsbedürftigkeit ab.

3.1.2. Psychiatrische Einrichtung

Aufenthalt und Behandlung sind zu **85 %** bzw. (bei anerkannter schwerer Krankheit) zu **100 %** erstattungsfähig. Die Genehmigung ist gegen Vorlage eines ausführlichen Berichts des behandelnden Arztes in von der Abrechnungsstelle festgelegten Zeitabständen verlängerbar.

3.1.3. Einrichtung für Rehabilitation oder funktionelle Wiederherstellung und psychiatrisches Krankenhaus

Die Erstattungsmodalitäten bleiben die gleichen. Bei einer Gesamtrechnung hingegen richtet sich die pauschale Aufteilung nach Grad 1 der Hilfsbedürftigkeit.

3.1.4. Tagespflegestätte

- Besuch einer Erholungs- oder Pflegeeinrichtung für Senioren bzw. eines neurologischen oder psychiatrischen Zentrums lediglich tagsüber: Die Aufenthalts- und Pflegekosten werden zu denselben Bedingungen wie für einen Daueraufenthalt in einem Erholungs- und Pflegeheim erstattet, wobei sich der Höchstbetrag für die Aufenthaltskosten auf 18 EUR/Tag beläuft.
- Besuch medizinisch-pädagogischer Einrichtungen: Hier sind lediglich die Pflegekosten erstattungsfähig.

3.1.5. Nichtklinische Entziehungsanstalt

Aufenthalt und Behandlung werden ausschließlich zu **85 %** erstattet, wobei sich der Höchstbetrag für die Aufenthaltskosten auf 36 EUR/Tag beläuft.

Bei einer Gesamtrechnung richtet sich die pauschale Aufteilung nach Grad 1 der Hilfsbedürftigkeit. Erstattet wird eine Aufenthaltsdauer von 6 Monaten innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten.

3.2. KRANKENPFLEGE

= häusliche Krankenpflege in der Wohnung des Kranken mehrmals täglich oder den ganzen Tag und/oder die ganze Nacht. Die Krankenpfleger müssen von Rechts wegen zur Ausübung dieses Berufs befugt sein.

Hier ist ein Antrag auf vorherige Genehmigung einzureichen. Diesem Antrag sind die beiden [Formulare zur Evaluierung des Grades der Hilfsbedürftigkeit](#) beizufügen, die von Ihrem Arzt auszufüllen sind. Darüber hinaus ist ein **fachärztlicher Bericht** zu übermitteln, in dem Dauer der Leistungserbringung sowie die Art und die Häufigkeit der durchzuführenden Pflegemaßnahmen anzugeben sind.

Des Weiteren ist das Bestehen eines Vertragsverhältnisses mit dem Krankenpfleger/der Krankenpflegerin nachzuweisen.

3.2.1. ERSTATTUNG

Die Kostenerstattung für krankenpflegerische Leistungen erfolgt gegen Vorlage folgender Dokumente: Monatsrechnung, kalendarisch aufgeschlüsselt, und gegebenenfalls Nachweis der Bezahlung von Sozialabgaben, beide Dokumente in Übereinstimmung mit der innerstaatlichen Gesetzgebung.

Die Erstattung erfolgt zu **80 %** bzw. (bei anerkannter schwerer Krankheit) zu **100 %**.

- **Befristete Leistungen zu Hause (höchstens 60 Tage):** erstattungsfähig zu **80 %** bis zu einem Tagessatz von maximal 72 EUR bzw. (bei anerkannter schwerer Krankheit) zu **100 %** bis zu einem Tagessatz von maximal 90 EUR.
- **Langzeitleistungen zu Hause:** Die Höhe der Erstattung hängt vom Grad der Hilfsbedürftigkeit ab.
- **Leistungen in einer Krankenanstalt:** nicht erstattungsfähig, außer in öffentlichen Krankenanstalten, in denen wegen unzureichender sanitärer Infrastruktur keine laufende Pflege sichergestellt werden kann. In diesem Fall werden die auf Verordnung des behandelnden Arztes entstandenen Krankenpflegekosten nach vorheriger Genehmigung zu **80 %** (begrenzt auf 60 EUR/Tag) bzw. zu **100 %** (begrenzt auf 75 EUR/Tag) erstattet.

3.2.2. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- Fahrt-, Unterbringungs-, Verpflegungs- sowie alle sonstigen Nebenkosten des Krankenpflegers,
- Beaufsichtigung eines kranken Kindes zu Hause durch einen Erwachsenen bei Abwesenheit der Eltern (erkundigen Sie sich beim Sozialdienst nach einer Haushaltshilfe).

→siehe Rubrik *Weitere Informationen ...*

4. ARZNEIMITTEL

Erstattet werden alle Arzneimittel (herkömmliche Medikamente, Zubereitungen durch einen Apotheker oder homöopathische Präparate) dann, wenn sie von einem Arzt unter Einhaltung der üblichen Darreichungsmenge verschrieben wurden (d. h. wenn die Menge nicht über den herkömmlichen therapeutischen Empfehlungen liegt).

4.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET?

Die Erstattung erfolgt anhand von **Quittungen** oder **Rechnungen**, auf denen Folgendes vermerkt sein muss:

- Name des verordnenden Arztes,
- vollständiger Name des Patienten,
- Bezeichnung des verschriebenen Medikaments oder bei einem Generikum die des ausgehändigten Produkts bzw. bei einer Magistralrezeptur Angabe der Zusammensetzung der Zubereitung (die Nummer der Zubereitung genügt nicht),
- Preis jedes Produkts,
- Gesamtsumme und bei Personen, die über das GKFS ergänzend versichert sind, effektiv gezahlte Summe,
- Datum der Medikamentenausgabe,
- Stempel und Unterschrift des Apothekers.

Diese Angaben dürfen auch bei einer erneuten Verschreibung desselben Arzneimittels nicht fehlen.

Tipp:

Ein Verzeichnis mit den wichtigsten erstattungsfähigen bzw. nicht erstattungsfähigen Arzneimitteln wird regelmäßig aktualisiert. Produkte, die nicht in diesem Verzeichnis aufgelistet sind, können nach vorheriger Zustimmung des Vertrauensarztes erstattet werden.

→ siehe Rubrik *Weitere Informationen* ...

Produkte, bei denen eine Erstattung nur mit **vorheriger Genehmigung** (zusammen mit einem fachärztlichen Bericht eingereicht) möglich ist:

- Schlankheitsmittel,
- Hormonbehandlungen gegen Alterungserscheinungen,
- Wachstumshormone,
- Produkte gegen Erektionsstörungen aufgrund einer Prostata-Operation, eines Unfalls oder einer anerkannten schweren Krankheit (bis maximal 400 EUR jährlich),
- Betäubungsmittel bei einer Entziehungskur (6 Monate lang 100 %),
- Arzneimittel, die außerhalb ihrer anerkannten medizinischen Indikation verwendet werden,
- lebensnotwendige Diät- und Hygieneprodukte.

4.2. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

In den meisten Fällen beträgt der Erstattungssatz **85 %** bzw. **100 %** (bei anerkannter schwerer Krankheit). Andere Sätze gelten für folgende Mittel:

- Betäubungsmittel im Rahmen einer Entziehungskur (100 % unter bestimmten Voraussetzungen),
- Diätprodukte (85 % oder 100 % auf 40 % der Kosten),
- Mittel zur Raucherentwöhnung (erfolgsunabhängiger einmaliger Betrag von 200 EUR).
→ siehe Rubrik *Weitere Informationen* ...

4.3. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- kosmetische, ästhetische, Hygiene-, Diät- oder Komfortprodukte, außer in Ausnahmefällen,

- tonische Weine und Liköre, Produkte zur Organbehandlung, Spurenelemente, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist.

5. ZAHNPFLEGE UND -BEHANDLUNG

5.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET UND IN WELCHER HÖHE?

Vorbeugende Pflege und Behandlung

Reichen Sie bei Ihrer Abrechnungsstelle einen Antrag auf Kostenerstattung ein.

Erstattung zu 80 % für laufende Kosten der vorbeugenden Mund- und Zahnpflege, Röntgenaufnahmen, Zahnbehandlungen und Zahnextraktionen (bis maximal 750 EUR pro Kalenderjahr).

Erstattung zu 100 % (begrenzt auf 1.500 EUR) bei bestimmten anerkannten schweren Krankheiten.

Eine **vorherige Genehmigung** der Abrechnungsstelle auf Vorlage eines detaillierten Kostenvoranschlags und nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes ist für folgende Behandlungen zwingend erforderlich:

Parodontitis: Erstattung zu **80 %** (maximal sechs Behandlungszyklen à 350 EUR oder 2.100 EUR über einen Zeitraum von 16 Jahren).

Kieferorthopädie: Erstattung zu **80 %** (begrenzt auf 3.300 EUR). Die Behandlung muss vor Vollendung des 18. Lebensjahrs beginnen (außer im Fall einer anerkannten schweren Krankheit). Eine zweite Behandlung ist unter bestimmten Bedingungen möglich.

Gnathologie: Erstattung zu **80 %** (begrenzt auf 450 EUR). Diese Behandlung ist nur einmal erstattungsfähig.

Zahnersatz: Erstattung zu **80 %** (unterschiedliche Höchstbeträge je nach Leistungsart). Die Erneuerung des Zahnersatzes ist nur alle 6 Jahre erstattungsfähig (außer im Fall eines traumatischen Unfalls oder einer anerkannten schweren Krankheit nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes und Vorlage einer ärztlichen Begründung sowie eines Kostenvoranschlags).

Implantologie: Erstattung zu **80 %** (begrenzt auf 550 EUR pro Implantat). Die Erstattung beschränkt sich auf 4 Implantate pro Kiefer, d. h. höchstens 8 Implantate pro Anspruchsberechtigtem bezogen auf die gesamte Lebenszeit.

Im Fall einer anerkannten schweren Krankheit des Mundraumes erhöht sich nach einer gemeinsamen Stellungnahme des Vertrauensarztes und des Vertrauenszahnarztes der Erstattungssatz auf **100 %** (begrenzt auf das Doppelte des für die einzelnen Leistungen geltenden Höchstbetrags).

Hinweis:

Im Fall von Leistungen, die einer vorherigen Genehmigung bedürfen, sind, außer in dringenden Fällen oder in Fällen höherer Gewalt, die offiziellen Voranschläge des GKFS zu verwenden.

5.2. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

Zahnbehandlungen aus ästhetischen Gründen:

- Bleichen der Zähne,
- systematischer Ersatz von Silber-Amalgamfüllungen,
- Verblendung intakter Schneidezähne,
- Inlays usw.

6. MEDIZINISCHE ANALYSEN UND ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

= bildgebende Diagnoseverfahren, Analysen, Laboruntersuchungen und sonstige diagnostische Verfahren.

6.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET?

- Füllen Sie einen Antrag auf Kostenerstattung aus.
- Fügen Sie diesem die detaillierte Rechnung über alle erbrachten Leistungen (auf der Grundlage des offiziellen innerstaatlichen Leistungskatalogs) bei.
- Reichen Sie die Unterlagen bei Ihrer Abrechnungsstelle ein.

Bei bestimmten Diagnoseverfahren ist eine **vorherige Genehmigung** erforderlich. Dies gilt für:

- Analysen im Rahmen
 - der Anti-Aging-Medizin,
 - der Hormonforschung,
 - von Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
 - genetischer Untersuchungen (ohne Suche nach einer bestimmten Krankheit).
- neuartige medizinische Untersuchungs-, Analyse- und Bildgebungsmethoden, deren Kosten in mindestens einem Mitgliedstaat der Europäischen Union nicht erstattungsfähig sind.

6.2. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Die Kosten werden zu **85 %** bzw. (bei anerkannter schwerer Krankheit) zu **100 %** erstattet.

Hinweis:

Ein Verzeichnis mit den wichtigsten erstattungsfähigen bzw. nicht erstattungsfähigen Diagnoseverfahren wird regelmäßig aktualisiert. → siehe Rubrik *Weitere Informationen ...*

6.3. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- Analysen im Rahmen
 - der Messung des „oxidativen Stresses“,
 - der Mikroernährung,
 - von Flockungstests.
- Kosten für Analysen und Untersuchungen, die nach Stellungnahme des Ärztebeirats für nicht zielführend und/oder nicht notwendig befunden werden.

7. SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND UNFRUCHTBARKEIT

7.1. SCHWANGERSCHAFT

= Zeitraum zwischen Befruchtung und Geburt.

7.1.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET UND IN WELCHER HÖHE?

Ärztliche Konsultationen, Behandlungen sowie alle sonstigen Untersuchungen und Leistungen von Ärzten, Hebammen, Kinesitherapeuten und/oder anderen Dienstleistern werden gemäß den für diese Leistungen geltenden Bestimmungen erstattet.

Die Erstattungssätze betragen:

- **85 %** für ärztliche Konsultationen/Arztbesuche,
- **80 %** für geburtsvorbereitende **Einzel Sitzungen** (höchstens 25 EUR/Sitzung) oder **Gruppensitzungen** (höchstens 15 EUR/Sitzung), die auf ärztliche Verordnung hin von Kinesitherapeuten oder Hebammen durchgeführt werden. Diese Sitzungen fallen nicht unter die maximale Anzahl allgemeiner kinesitherapeutischer Sitzungen.

7.1.2. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- haptonomische und vorbereitende Sitzungen für die Geburt in einem Becken,
- Bereitschaftshonorare von Ärzten/Spezialisten.

7.2. ENTBINDUNG

= jede Geburt ab der 22. Schwangerschaftswoche.

Seit Juli 2013 wurden die Unverhältnismäßigkeitsschwellen für Entbindungen in 8 Mitgliedstaaten festgelegt. Daraus ergeben sich folgende Höchsterstattungsbeträge (Aufenthalt, Honorare usw.): 7.171 EUR in Belgien, 9.591 EUR in Italien, 5.446 EUR in Deutschland, 6.203 EUR in Spanien, 6.616 EUR in Frankreich, 7.246 EUR in Luxemburg, 6.466 EUR in den Niederlanden und 16.713 EUR in Großbritannien.

7.2.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET UND IN WELCHER HÖHE?

7.2.1.1. Entbindung im Krankenhaus

Zu **100 %** erstattet werden:

- Honorare von Ärzten, die die Entbindung vornehmen,
- Honorare von Hebammen und Anästhesisten, Kosten für die Benutzung des Kreißsaals und kinesitherapeutische Hilfe während der Entbindung sowie alle sonstigen unmittelbar mit der Entbindung zusammenhängenden Leistungen,
- Kosten für Aufenthalt und Behandlung von Mutter und Kind im Krankenhaus für einen maximalen Zeitraum von 10 Tagen bzw. bei medizinischen Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit der Entbindung stehen, für die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthalts. Falls die Aufenthaltsdauer – ohne Komplikationen – 10 Tage überschreitet, beträgt der Erstattungssatz **85 %**.
- Kosten für Aufenthalt und Behandlung des Kindes auf der Neugeborenenstation.

Wichtiger Hinweis!

Beachten Sie bei der Anmeldung im Krankenhaus, dass sich die Erstattung auf den Preis des kostengünstigsten Einzelzimmers beschränkt.

Nach der Entbindung

Falls Sie Ihre Krankenhausrechnung oder zusätzliche Rechnungen selbst bezahlt haben, füllen Sie einen Erstattungsantrag aus und fügen Sie diesem die ausführliche Rechnung für die

erbrachten Leistungen (auf der Grundlage des offiziellen innerstaatlichen Leistungskatalogs) bei. Reichen Sie ihn dann bei Ihrer Abrechnungsstelle ein.

7.2.1.2. Hausgeburt

Die Honorare für den Arzt, die Hebamme und sonstiges medizinisches Personal (Haushaltshilfe ausgenommen) werden (10 Tage lang) zu **100 %** erstattet.

7.2.1.3. Entbindung in einem Geburtshaus oder einer anerkannten außerklinischen Einrichtung

Füllen Sie einen **Erstattungsantrag** aus, fügen Sie diesem die ausführliche Rechnung für die erbrachten Leistungen bei und reichen Sie diese bei Ihrer Abrechnungsstelle ein.

Erstattung der Honorare für Arzt, Hebamme und sonstiges medizinisches Hilfspersonal (Haushaltshilfe ausgenommen) zu **100 %** (10 Tage lang).

Die Zusatzkosten für Nachsorge und Unterbringung im Geburtshaus werden für einen Zeitraum von höchstens 24 Stunden nach der Entbindung erstattet.

Bei unmittelbar mit der Entbindung zusammenhängenden medizinischen **Komplikationen** für Mutter und/oder Kind wird die Dauer der Kostenübernahme nach Stellungnahme des Vertrauensarztes verlängert. Ziehen diese Komplikationen einen Krankenhausaufenthalt nach sich, werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten zu **100 %** erstattet.

Kinesitherapeutische Einzelsitzungen **nach der Geburt**, die auf ärztliche Verordnung hin erfolgen, werden zu **80 %** (bis maximal 25 EUR/Sitzung) erstattet und fallen nicht unter die erstattungsfähige Höchstzahl von Sitzungen.

7.3. UNFRUCHTBARKEIT

Unabhängig davon, ob die Ursache beim Mann oder bei der Frau liegt, muss die Unfruchtbarkeit aus einem pathologischen Problem beim Versicherten, seinem Ehepartner oder seinem Partner hervorgehen.

Einzureichen sind ein Antrag auf vorherige Genehmigung und ein fachärztlicher Bericht.

Die Behandlungskosten bei Unfruchtbarkeit werden unter folgenden Bedingungen erstattet:

- In-vitro-Fertilisation:
 - höchstens 5 Versuche pro Kind,
 - die Behandlung muss vor Vollendung des 45. Lebensjahrs der Mutter beginnen.
- Behandlung der männlichen Unfruchtbarkeit: Die Unfruchtbarkeit darf nicht die Folge einer vorhergehenden freiwilligen Sterilisation sein.

Bei einer In-vitro-Fertilisation gilt:

Eventuelle Kosten für eine präimplantatorische genetische Diagnostik am Embryo und eine Eizellenspende werden nur dann erstattet, wenn dazu ein Antrag auf vorherige Genehmigung gestellt wurde.

8. DIVERSE MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN

Dazu gehören folgende Behandlungen: Kinesithérapie, Physiotherapie, Osteopathie, Infrarotbehandlung, Ultraschallbehandlung, Aerosoltherapie, Akupunktur, Logopädie, Psychotherapie, Psychomotorik, Logopädie/Stimmbildung, Podologie usw.

8.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET?

Medizinische Behandlungen müssen:

- von einem Arzt verordnet worden sein,
- sofern notwendig vorab genehmigt worden sein,
- von Dienstleistern (Psychologen, Kinesitherapeuten, Osteopathen, Akupunkteuren usw.), die über eine berufliche Ermächtigung verfügen und zur Ausübung eines medizinischen oder paramedizinischen Berufs offiziell zugelassen sind, oder von medizinischen oder paramedizinischen Einrichtungen, die von den zuständigen Behörden ordnungsgemäß zugelassen sind, erbracht werden.

In Belgien werden nur Psychologen, die bei der [Commission des psychologues](#) (Kommission der Psychologen) registriert sind, als zur Ausübung dieses Berufs ermächtigt anerkannt. In anderen Ländern hingegen werden außer Psychologen auch Psychotherapeuten ermächtigt und öffentlich anerkannt. Die von ihnen abgehaltenen Sitzungen sind daher erstattungsfähig.

Ärztliche Verordnungen müssen:

- vor Beginn der Behandlung erstellt werden,
- in den vorangegangenen sechs Monaten ausgestellt worden sein,
- den Namen des Patienten ausweisen,
- den Grund der Behandlung ausweisen,
- die Art der Behandlung und die Anzahl der Sitzungen beinhalten.

Die Belege müssen mit der Gesetzgebung des Landes konform sein, in dem die Leistung erbracht wurde.

8.2. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Medizinische Behandlungen werden zu **80 %** (begrenzt auf die festgesetzten Höchstbeträge für die jeweilige Leistung) erstattet. Bei anerkannter schwerer Krankheit beträgt dieser Satz **100 %**, wobei jedoch bei bestimmten Behandlungen ein bestimmter Höchstbetrag nicht überschritten werden darf. Die Erstattung erfolgt bis zur normalen Höchstgrenze, die bei einer therapeutischen Behandlung im Rahmen einer schweren Krankheit verdoppelt wird.

Für jede Behandlung besteht eine maximale Anzahl von Sitzungen, die je Kalenderjahr erstattungsfähig sind. Sofern nicht anderweitig vermerkt, kann bei einer anerkannten schweren Krankheit, bei postoperativer oder posttraumatischer Rehabilitation bzw. bei bestehender verminderter Mobilität auf vorherige Genehmigung hin eine höhere Anzahl an Sitzungen erstattet werden.

→ siehe nachfolgenden *Punkt 8.4. Übersicht über die verschiedenen Behandlungen*

8.3. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- Behandlungen aus ästhetischen Gründen,
- Dauerkarten für Schwimmbäder,
- Mitgliedsbeiträge für Sport- und Fitnesszentren.

8.4. ÜBERSICHT ÜBER DIE VERSCHIEDENEN BEHANDLUNGEN

ÄV = ärztliche Verordnung

VG = vorherige Genehmigung

A. BEHANDLUNGEN, FÜR DIE EINE ÄRZTLICHE VERORDNUNG ERFORDERLICH IST						
	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr/(12 Monate)	Höchstsatz 80 % (EUR)	Bemerkungen
A1	Aerosoltherapie	x		30	--	
A2	Konsultation eines Ernährungsberaters	x		10	25	
A3	Kinesitherapie, Physiotherapie und gleichgestellte Behandlungen ²	x		60	25	
A4	Medizinische Fußpflege	x		12	25	

B. BEHANDLUNGEN, DIE VON EINEM ARZT ODER IN EINEM KRANKENHAUS DURCHFÜHRT WERDEN MÜSSEN						
	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr/(12 Monate)	Höchstsatz 80 % (EUR)	Bemerkungen
B1	Akupunktur	x		30	25	Von einem Dienstleister vorgenommen, der offiziell befugt ist, diese Art von Leistung zu erbringen.
B2	Mesotherapie	x	x	30	45	- von einem Arzt oder in einem Krankenhaus durchgeführt (Arzthonorar im Höchstbetrag von 45 EUR pro Sitzung enthalten), - eine höhere Zahl von Sitzungen/Jahr kann nicht bewilligt werden.
B3	UV-Bestrahlungen	x	x		35	

² Gleichgestellte Behandlungen: medizinische Massagen, Krankengymnastik, Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit, Rehabilitation, Mechanotherapie, Traktionsbehandlung, Schlamm-bäder (Fangopackungen), Unterwassermassagen, Hydrotherapie, Elektrotherapie, diadynamische Ströme, Radar, Ionisierung, Kurzwellen, Spezialströme, Infrarotbestrahlungen, Ultraschall usw.

C. BEHANDLUNGEN, FÜR DIE EINE ÄRZTLICHE VERORDNUNG UND IN BESTIMMTEN FÄLLEN EINE VORHERIGE GENEHMIGUNG ERFORDERLICH IST						
	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr/(12 Monate)	Höchstsatz 80 % (EUR)	Bemerkungen
C1	Vollständige psychologische Begutachtung/Untersuchung durch ein und dieselbe Person	x			150	
C2	Chiropraktik/Osteopathie	x		24	40	Eine höhere Anzahl von Sitzungen/Jahr kann nur mit VG bewilligt werden. Craniosakrale Osteopathie, energetische und viszerale Behandlungen sowie Mikro-Osteopathie sind nicht erstattungsfähig.
	Personen ab 12 Jahren					
	Kinder unter 12 Jahren	x	x	24		
C3	Logopädie/Stimmbildung (fachärztlicher Bericht von einem HNO-Arzt oder Neurologen erstellt)				35	Beträchtliche neurologische Störungen: Überschreitung von 180 Sitzungen mit vorheriger Genehmigung betrifft: - Kinder mit schwerer Taubheit oder neurologischer Erkrankung, - Erwachsene mit neurologischen oder Kehlkopferkrankungen.
	· Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	x		180 über ein oder mehrere Jahre		
	· Kinder zwischen dem 13. und dem vollendeten 18. Lebensjahr	x	x	30 für die gesamte Behandlung		
	· Personen über 18 Jahre	x	x			
	Begutachtung im Bereich Logopädie/Stimmbildung				40	
C4	Psychomotorik, Graphomotorik	x		60	35	
C5	Psychotherapie	x		30 unabhängig von der Art der Sitzung	60 90 25	· Einzelsitzung · Familiensitzung · Gruppensitzung Die Höchstzahl der Sitzungen/Jahr kann mit VG überschritten werden. o Verordnung durch Psychiater, Neuropsychiater oder Neurologen o Die ersten 10 Sitzungen können von einem Allgemeinmediziner verordnet werden. o Für Kinder unter 15 Jahren kann die Verordnung von einem Kinderfacharzt stammen.
	Vorgenommen					
	· von einem Facharzt für Psychiatrie, Neuropsychiatrie oder Neurologie					
	· von einem Psychologen oder Psychotherapeuten	x	x			

D. BEHANDLUNGEN, DIE STETS EINER VORHERIGEN GENEHMIGUNG BEDÜRFEN						
	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr/(12 Monate)	Höchstsatz 80 % (EUR)	Bemerkungen
D1	Interdisziplinäre neuro- psychologische Begutachtung	x	x		600	Auf der Grundlage des fachärztlichen Berichts eines Neuropädiaters oder Psychiaters.
D2	Druckkammer	x	x		--	
D3	Lymphdrainage	x	x	20/12 Monate	25	Bei anerkannter schwerer Krankheit keine Begrenzung der Anzahl der Sitzungen und kein Höchstbetrag.
D4	Medizinisch indizierte Endermologie	x	x	5/12 Monate	--	Behandlung pathologischer Narben
D5	Epilation	x	x		Erstattungsfähiger Höchstbetrag gleich dem Höchstbetrag für chirurgische Eingriffe der - Kat. A1 - Kat. A2	Nur im Fall einer pathologischen Hypertrichose im Gesicht - Kat. A1 für weniger ausgedehnte Fälle - Kat. A2 für ausgedehnte Fälle
D6	Ergotherapie	x	x	--	--	
D7	Laser: Laserbehandlung oder photodynamische Therapie in der Dermatologie	x	x	20	--	
D8	Orthoptik	x	x	20/12 Monate	35	Verordnung durch einen Facharzt für Augenheilkunde mit Angabe des Orthoptisten.
D9	Ambulante interdisziplinäre funktionelle Rehabilitation in einer klinischen Einrichtung	x	x	--	--	
D10	Rehabilitation mit MDX- Gerät, Behandlungen nach der „David Back Clinic“- Methode oder Rückenschule	x	x	24 grundsätzlich einmal verlängerbar	40	
D11	Schockwellenbehandlung in der Rheumatologie	x	x	--	--	
D12	Sonstige nicht spezifizierte Behandlungen	x	x	--	--	Anm.: Die Verhältnismäßigkeit der Kosten wird von Fall zu Fall bestimmt.

9. MEDIZINISCHE HILFSKRÄFTE

Die Kosten für Leistungen des Krankenpflegepersonals werden mit einem Satz von **80 %** bzw. bei anerkannter schwerer Krankheit zu **100 %** erstattet, wenn sie von einem Arzt verordnet und von einer zur Ausübung des Berufs befugten Person erbracht werden.

Für Zusatzleistungen, die nicht von einem Krankenpfleger erbracht werden dürfen, ist eine vorherige Genehmigung erforderlich.

NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

Fahrtkosten des Dienstleisters.

10. GENESUNGSKUREN UND POSTOPERATIVE KUREN

Für die Erstattung von Kuren (zwingend mit vorheriger Genehmigung) gelten zwei Bedingungen:

- Die Kur muss unter ärztlicher Aufsicht in einem Kurzentrum durchgeführt werden, das über eine geeignete medizinische und paramedizinische Infrastruktur verfügt.
- Die Kur muss innerhalb von 3 Monaten nach dem chirurgischen Eingriff oder der Krankheit, für den/die sie verschrieben wurde, angetreten werden, es sei denn, es liegt eine medizinische Kontraindikation vor, die im fachärztlichen Bericht ordnungsgemäß begründet und vom Vertrauensarzt akzeptiert wurde.

Bei Rückfall oder Neuerkrankung kann eine weitere Kur genehmigt werden.

10.1. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Aufenthaltskosten: Erstattung zu **80 %** (bis maximal 36 EUR/Tag) für höchstens 28 Tage/Jahr oder zu **100 %** (bis maximal 45 EUR/Tag).

Behandlungskosten: getrennt erstattet gemäß den Vorgaben in den Allgemeinen Durchführungsbestimmungen.

Kosten für Begleitpersonen: Erstattung zu **85 %** (bis maximal 40 EUR/Tag) auf ärztliche Verordnung und nach vorheriger Genehmigung in folgenden Ausnahmefällen:

- für ein Familienmitglied, das den Anspruchsberechtigten begleitet, in demselben Zimmer oder in derselben Kureinrichtung, wobei Letztgenannter die Kur vor Vollendung seines 14. Lebensjahres absolviert oder krankheitsbedingt bzw. aus sonstigen medizinisch gerechtfertigten Gründen einer besonderen Unterstützung bedarf,
- für einen Säugling während der Stillzeit, wenn die Mutter eine Kur absolvieren muss (Aufenthaltskosten).

In allen anderen Fällen werden die Kosten für eine Begleitperson nicht übernommen.

10.2. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

Reisekosten.

11. THERMALKUREN

= Aufenthalt von **10 bis 21 Tagen** in einer speziellen Einrichtung, in der eine Behandlung unter ärztlicher Aufsicht mit Wasser unmittelbar an der Quelle erfolgt, damit bestimmte Eigenschaften nicht verloren gehen, oder in einer von den innerstaatlichen Gesundheitsbehörden zugelassenen paramedizinischen Einrichtung.

Die Kur muss dabei mindestens **2 geeignete Anwendungen/Tag** umfassen und **darf nicht unterbrochen werden**, es sei denn, der Kurarzt bescheinigt, dass die Unterbrechung aus gesundheitlichen Gründen oder aus einem wichtigen familiären Grund (Tod, anerkannte schwere Krankheit eines Familienmitglieds usw.) notwendig ist.

Die Genehmigung ist beschränkt auf:

- 1 Kur pro Jahr bzw. höchstens 8 Kuren während des gesamten Lebens für folgende Krankheitsbilder:
 - Rheumatismus und Folgeerscheinungen von Knochen- und Gelenkverletzungen,
 - Venenerkrankungen sowie Herz- und Gefäßkrankheiten,
 - neurologische Erkrankungen,
 - Erkrankungen des Verdauungsapparats, seiner Nebenorgane und Stoffwechselkrankheiten,
 - gynäkologische sowie Blasen- und Nierenerkrankungen,
 - dermatologische und stomatologische Erkrankungen,
 - Atemwegserkrankungen.
- 1 Kur pro Jahr zur Behandlung einer anerkannten schweren Krankheit oder einer schweren Schuppenflechte, die nicht auf klassische Behandlungen anspricht.

Wichtiger Hinweis!

Die Kur wird nur dann genehmigt, wenn:

- der Vertrauensarzt die Thermalkur für notwendig hält,
- Sie sich im Laufe des Jahres den verordneten Behandlungen unterzogen haben und diese sich als unzureichend erwiesen haben,
- die Kur einen erwiesenen therapeutischen Wert besitzt.

11.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET?

Vor Antritt der Kur

Bitte reichen Sie mindestens 6 Wochen vor Kurantritt einen Antrag auf vorherige Genehmigung zusammen mit folgenden Unterlagen ein:

- ärztliche Verordnung des behandelnden Arztes, der unabhängig von einem Kurzentrum praktizieren muss,
- detaillierter fachärztlicher Bericht, der nicht älter als 3 Monate sein darf und aus dem Folgendes hervorgeht:
 - Anamnese des Patienten und die im Laufe des Jahres vorgenommenen Behandlungen für das Krankheitsbild, aufgrund dessen die Kur verschrieben wurde,
 - Kurdauer, Art der in Anspruch zu nehmenden Thermalbehandlungen und Art des Thermalbads, das für das betreffende Krankheitsbild zugelassen ist,
- gegebenenfalls ärztliche Verordnung für eine Begleitperson.

Nach der Kur

Falls eine vorherige Genehmigung **erteilt** wurde:

- Füllen Sie einen **Erstattungsantrag** aus und fügen Sie diesem Folgendes bei:
 - die von Ihnen beglichene detaillierte Rechnung.
- Reichen Sie bitte sämtliche Unterlagen bei Ihrer Abrechnungsstelle ein.

Falls **keine** vorherige Genehmigung **erteilt** wurde, ist dennoch eine Übernahme der Behandlungskosten möglich:

- Füllen Sie einen **Erstattungsantrag** aus und fügen Sie diesem Folgendes bei:
 - ärztliche Verordnung des behandelnden Arztes, der unabhängig von einem Kurzentrum praktizieren muss, im Original und weniger als 6 Monate alt, auf der die Diagnose sowie Anzahl und Art der Anwendungen vermerkt sind,
 - detaillierte Rechnung gemäß ärztlicher Verordnung unter Angabe der Termine, der Anzahl der Anwendungen und des jeweiligen Preises.
- Reichen Sie bitte sämtliche Unterlagen bei Ihrer Abrechnungsstelle ein.

11.2. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Kosten für Anwendungen und ärztliche Kontrolle: **80 %** (bis insgesamt maximal 64 EUR/Tag) bzw. **100 %** (bis insgesamt maximal 80 EUR/Tag) im Fall einer anerkannten schweren Krankheit.

Kosten für eine Begleitperson: **85 %** (bis maximal 40 EUR/Tag) auf ärztliche Verordnung und nach vorheriger Genehmigung in folgenden Fällen:

- für ein Familienmitglied, das ein Kind begleitet, in demselben Zimmer oder in derselben Kureinrichtung, wobei das Kind die Kur vor Vollendung seines 14. Lebensjahres absolviert oder krankheitsbedingt bzw. aus sonstigen medizinisch gerechtfertigten Gründen einer besonderen Unterstützung bedarf,
- für einen Säugling während der Stillzeit, wenn die Mutter eine Kur absolvieren muss (Aufenthaltskosten).

11.3. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- Thalassotherapie und Wellness-Kuren,
- Reisekosten,
- Kosten für Aufenthalt, Unterbringung und Verpflegung,
- Behandlungsnebenkosten,
- Behandlungen wie:
 - Bäder im Meer, in Seen, in Sand,
 - Sauna, Solarium usw.

12. BRILLEN

werden erstattet:

- einmal jährlich für Personen unter 18 Jahren,
- alle 2 Jahre für Personen über 18 Jahre,
- häufiger bei einer von einem Augenarzt bescheinigten Änderung der Dioptrien- oder Achswerte um mindestens 0,50.

Die Erstattung beschränkt sich auf 2 Brillen, bestehend aus Brillengestell und Korrekturgläsern, unabhängig von deren Eigenschaften:

- entweder 1 Brille mit Einstärkengläsern (unifokal) für Nahsicht und 1 Brille mit Einstärkengläsern für Fernsicht,
- oder 1 Brille mit Mehrstärken-/Gleitsichtgläsern und gegebenenfalls 1 Brille mit Einstärkengläsern für Nah- oder Fernsicht.

12.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET?

Auf der **Originalrechnung** müssen folgende Angaben verzeichnet sein:

- Sichtart (Nah-, Weit- oder Gleitsicht),
- Eigenschaften der Gläser (Dioptrienwert und Besonderheiten des Glases),
- Preis der Gläser,
- Preis des Gestells separat.

12.2. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Der **Erstattungssatz** beträgt **85 %**:

- für Gestelle (bis maximal 120 EUR),
- für Gläser nach folgenden Kriterien:

Normale Gläser	Höchstbetrag pro Glas (in EUR)
bis 4 Dioptrien	110
von 4,25 bis einschließlich 6 Dioptrien	140
von 6,25 bis einschließlich 8 Dioptrien	180
über 8,25 Dioptrien	300
Mehrstärken-/Gleitsichtgläser	350

12.3. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- Brillen ohne Korrekturgläser,
- Sonnenbrillen,
- Arbeitsplatzbrillen für die Arbeit am PC (gegebenenfalls vom Ärztlichen Dienst, nicht aber vom GKFS erstattet).

13. KONTAKTLINSEN

13.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET?

Auf der **Rechnung** müssen folgende Angaben verzeichnet sein:

- Sichtart (Nah-, Weit- oder Gleitsicht),
- Eigenschaften der Linsen (Dioptrienwert und Besonderheiten der Linse),
- Art der Linsen (herkömmliche oder Einweg-Linsen),
- Preis der Linsen.

13.2. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Die Anschaffungskosten für korrigierende herkömmliche und/oder Einweg-Kontaktlinen sowie für Pflegeprodukte sind zu **85 %** (bis maximal 500 EUR in 24 Monaten) erstattungsfähig.

Wurden die Kontaktlinen im Internet gekauft, kann eine Erstattung nur gegen Vorlage einer ordnungsgemäß ausgestellten Rechnung erfolgen (siehe unter „Belege“).

14. HÖRGERÄTE

= Kauf oder Reparatur von Hörgeräten, die von einem HNO-Arzt oder einem Hörgeräteakustiker verschrieben wurden.

14.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET?

- Füllen Sie einen Erstattungsantrag aus und fügen Sie diesem die Verordnung des HNO-Arztes oder Hörgeräteakustikers und die bezahlte Rechnung bei.

14.2. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Erstattung zu **85 %** (begrenzt auf 1.500 EUR pro Ohr).

Erneuerung alle 5 Jahre möglich, außer im Fall einer Änderung des audiometrischen Befunds.

14.3. Nicht erstattungsfähige Leistungen

Wartung und Batterien.

Hinweis:

Bei einer schweren Erkrankung des Hörzentrums oder wenn das Hörgerät für Personen unter 18 Jahren bestimmt ist, können nach vorheriger Genehmigung andere Höchstgrenzen und Erneuerungszeiträume gewährt werden.

15. ORTHOPÄDISCHE UND SONSTIGE MEDIZINISCHE HILFSMITTEL

Hinweis:

Eine Übersicht über die Hilfsmittelarten, die jeweiligen Erstattungssätze und die Höchstbeträge sowie die Erstattungsbedingungen sind in Titel II Anhang 2 der Allgemeinen Durchführungsbestimmungen zu finden.

→ siehe Rubrik *Weitere Informationen ...*

NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- Fixkosten für Umbauten am Haus oder am Fahrzeug, Haushalts-, IT-, Fernüberwachungszubehör, nicht strikt medizinisches Mobiliar wie Entspannungssessel und gleichgestellte Artikel.

16. KOSTEN FÜR DEN TRANSPORT EINES ANSPRUCHSBERECHTIGTEN DES GKFS

16.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET?

Vor Antritt der Fahrt/Reise

Füllen Sie einen Antrag auf **vorherige Genehmigung** aus und fügen Sie diesem eine ärztliche Bescheinigung bei, in der die Art des Transports ausgewiesen und dessen Notwendigkeit begründet wird. Bei mehreren Hin- und Rückfahrten müssen die Gründe dafür in der Bescheinigung angegeben werden. Die Anzahl zwingend notwendiger Fahrten ist zu rechtfertigen.

Im Hinblick auf die Erstattungsbedingungen wird im Erstattungsbescheid unter anderem berücksichtigt, ob die Behandlung auch am Dienst- oder Wohnort des Anspruchsberechtigten durchgeführt werden kann und/oder ob Letztgenannter in der Lage ist, öffentliche oder private Transportmittel zu benutzen.

Nach der Fahrt/Reise

Füllen Sie einen **Erstattungsantrag** aus und fügen Sie Folgendes bei:

- Belege für den Transport (z. B. bezahlte Rechnungen, Fahrkarten für Transport/Reise usw.).

16.2. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Erstattung zu **80 %** bzw. **100 %** (bei anerkannter schwerer Krankheit).

Fehlen die erforderlichen Belege, werden **80 %** bzw. **100 %** des Preises einer Bahnfahrkarte 1. Klasse oder gegebenenfalls ein Höchstbetrag von 0,22 EUR/km erstattet.

Berücksichtigung bei der Erstattung findet nur ein für den Anspruchsberechtigten geeignetes Transportmittel zu der/dem nächstgelegenen Einrichtung oder Dienstleister, die/der in der Lage ist, seine Erkrankung adäquat zu behandeln.

16.3. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

Nicht erstattet werden Transportkosten:

- aus familiären, sprachlichen oder persönlichen Gründen,
- zur Konsultation eines Allgemeinmediziners,
- für die Anreise zu einer Thermal- oder Genesungskur,
- für die Anfahrt zur Arbeitsstätte oder für Fahrten aus sonstigen, von der Abrechnungsstelle nicht anerkannten Gründen,
- für die Rückführung aus dem Ausland im Krankheitsfall oder bei Unfall,
- für Suchaktionen im Gebirge, auf See usw.,
- für Fahrten im Privatfahrzeug innerhalb des Ballungsgebiets, in dem der Anspruchsberechtigte ansässig ist. Außer bei wiederholten schwerwiegenden Behandlungen wie Strahlentherapie, Chemotherapie, Dialyse usw. werden die Kosten stets erst nach Stellungnahme des Vertrauensarztes erstattet.

Wichtiger Hinweis!

Der Transport in begründeten Notfällen (z. B. bei einem Unfall) ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. Allerdings kann der Vertrauensarzt in bestimmten Fällen aufgefördert werden, dazu eine Stellungnahme abzugeben.

Die freie Wahl des Dienstleisters oder Krankenhauses impliziert nicht notwendigerweise die Erstattung der Fahrt-/Reisekosten.

17. BESTATTUNGSKOSTEN

Ein Pauschalbetrag für Bestattungskosten wird gezahlt:

- **an den Versicherten:** bei Tod einer durch ihn mitversicherten Person oder eines totgeborenen Kindes (von mindestens 22 Wochen),
- **an den Ehepartner, anerkannten Partner, Kinder oder jede andere Person, die die Bezahlung der Bestattungskosten nachweist:** bei Tod des Versicherten.

17.1. WIE BEKOMME ICH MEINE KOSTEN ERSTATTET?

Versicherter (bei Tod einer durch ihn mitversicherten Person oder eines totgeborenen Kindes): Übermitteln Sie eine Kopie der Sterbeurkunde an die Abrechnungsstelle des Versicherten.

Angehörige: Übermitteln Sie eine Kopie der Sterbeurkunde an die Abrechnungsstelle des Versicherten.

Dritte: Senden Sie den Nachweis der Bezahlung der Bestattungskosten an die Abrechnungsstelle des Versicherten.

17.2. IN WELCHER HÖHE WIRD ERSTATTET?

Die pauschale Entschädigung für Bestattungskosten beläuft sich auf 2.350 EUR.

18. VERSICHERUNGSSCHUTZ IM URLAUB

Wir empfehlen Ihnen, wie folgt vorzugehen:

- Drucken Sie für sich und Ihre Familie über das Tool „RCAM en ligne“ (Online-Kontakt zum GKFS) eine Bescheinigung über die Kostenübernahme durch unsere Krankenversicherung aus: <https://webgate.ec.testa.eu/RCAM>
- Drucken Sie auch einen Antrag auf Kostenübernahme
http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#1d
- und eine Unfallanzeige
http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#4a aus.

Wichtiger Hinweis!

Einige Krankenhäuser akzeptieren die Kostenübernahme nicht und fordern eine sofortige Bezahlung. Daher empfehlen wir Ihnen den Abschluss einer Zusatzversicherung bei einer privaten Versicherungsgesellschaft. Diese sollte auch die Kosten, die von unserer Krankenversicherung nicht übernommen werden wie Transportkosten oder Kosten für die Rückführung aus dem Ausland zum Wohnort, bzw. den Kostenanteil abdecken, der - insbesondere in Ländern mit kostenintensiven medizinischen Leistungen - zu Ihren Lasten verbleiben könnte.

WEITERE INFORMATIONEN ...

FALLS SIE ZUGANG ZU MYINTRACOMM HABEN...

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

(Login für die Kommission)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

(Login für sonstige Organe und Agenturen)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>

(Login für Pensionäre)

„RCAM en ligne“ (Online-Kontakt zum GKFS)

Mit Ihrem ECAS-Passwort können Sie bequem auf diesen Dienst zugreifen. Hier können Sie den Bearbeitungsstand Ihrer Unterlagen beim Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem verfolgen und gleichzeitig Ihre Erstattungsanträge sowie Anträge auf vorherige Genehmigung (Kostenvoranschlag für Zahnbehandlung, Anerkennung einer schweren Erkrankung, vorherige Genehmigung) einstellen. Der Bearbeitungsstand Ihrer Unterlagen wird Ihnen über diesen Online-Dienst entweder per E-Mail mitgeteilt oder Sie loggen sich von Zeit zu Zeit unter folgender Adresse ein:

<https://webgate.ec.europa.eu/RCAM/>

Alle Formulare sind als Hardcopy in ihrer aktuellen Fassung verfügbar:

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx

(Login für die Kommission)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx

(Login für sonstige Organe und Agenturen)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>

(Login für Pensionäre)

- Antrag auf vorherige Genehmigung,
- Antrag auf Erstattung von Krankheitskosten,
- Antrag auf Anerkennung als schwere Krankheit,
- Antrag auf Kostenübernahme,
- Antrag auf Übernahme der Kosten für Senioren-/Pflegeheim,
- Antrag auf Zahlung eines Vorschusses bei hohen Behandlungskosten,
- Zahnarztgebührenabrechnung,
- Zahnärztlicher Kostenvoranschlag für den Antrag auf vorherige Genehmigung,
- Kostenvoranschlag für eine kieferorthopädische Behandlung für den Antrag auf vorherige Genehmigung.

Sie wünschen Kontakt zu PMO, suchen nach einer Antwort oder wollen einen Antrag übermitteln? So gehen Sie am einfachsten vor:

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>





ANDERNFALLS:



PMO-Kontaktstelle

☎ +(32)2-29.97777

Anhänge

- Quittungsmuster Pediküre 
- Quittungsmuster Podologe 
- Quittungsmuster Osteopath 
- Quittungsmuster Psychologe 

- Rechnungsmuster Italien 