

## Antrag auf Kostenerstattung für ärztliche Hilfe im Ausland

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: _____	

In welchem **Staat** erfolgte die Behandlung? \_\_\_\_\_

In welcher **Währung** wurde die Honorarnote bezahlt? \_\_\_\_\_

**Zweck** des Auslandsaufenthalts? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- dienstlich  
 privat (Urlaubsreise)

**Wo** erfolgte die Behandlung? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Arztordination  Ambulanz/Krankenhaus  
 Ordination im Hotel  Krankenhaus stationär  
 Privatunterkunft  Labor  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**In welchem Zeitraum** (von-bis) **erfolgte die Behandlung** bzw war der **stationäre Aufenthalt** im Krankenhaus?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche ärztlichen **Behandlungen** erfolgten bzw. welche ärztlichen **Leistungen** wurden in Anspruch genommen? Falls bekannt bitte um Angabe der Fachrichtung des Arztes und der Diagnose.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Folgender Abschnitt gilt nur für Behandlungen in EU-/EFTA-Staaten

Haben Sie beim Arzt / bei der Ärztin bzw. im Krankenhaus die **Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK auf Rückseite der e-card)** oder eine „**Bescheinigung über den Sachleistungsanspruch**“ während des Aufenthaltes im anderen Vertragsstaat“ bzw. eine „Bescheinigung über den Sachleistungsanspruch in einem Mitgliedsstaat“ (Zwischenstaatlicher **Betreuungsschein E 111**) **vorgelegt** und wurde dies vom Arzt/von der Ärztin bzw. vom Krankenhaus **akzeptiert**? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

JA  NEIN

### Wenn JA:

Bitte geben Sie an, **warum trotzdem** eine **Privathonorarnote** ausgestellt wurde:

---

---

Die Höhe Ihrer Kostenerstattung richtet sich nach den Leistungs- und Tarifbestimmungen des örtlich zuständigen Krankenversicherungsträgers im jeweiligen EU/EFTA –Vertragsstaat in dem die Behandlung erfolgte.

Zur Ermittlung der jeweils gültigen Tarifsätze am Behandlungsort muss die WGKK eine Anfrage an den Krankenversicherungsträger des EU/EFTA –Vertragsstaates stellen.

Dies führt aufgrund der langen Bearbeitungsdauer bei den meisten ausländischen Versicherungsträgern zu einer erheblichen Verzögerung der Kostenerstattung.

Auf Wunsch des Versicherten ist es jedoch möglich auf eine Anfrage beim ausländischen Krankenversicherungsträger zu verzichten. Wird *keine* Kostenerstattung nach den Tarifbestimmungen des EU/EWR-Staates gewünscht wird die Kostenerstattung nach inländischen Tarifbestimmungen (ggf. mit Heilmittelpauschale<sup>1</sup>) durchgeführt.

**Ich wünsche die Kostenerstattung nach inländischem Tarif** und verzichte auf die Anfrage im EU-/EWR-Ausland (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1) Anmerkung zur Heilmittelpauschale: Ist ein Heilmittel in Österreich nicht registriert und preislich nicht geregelt, wird die Kostenerstattung für das Heilmittel auf der Basis des errechneten durchschnittlichen Arzneimittelaufwandes der WGKK („Heilmittelpauschale“) vorgenommen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Wichtige Hinweise

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);

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 vom Medizinischen Dienst der WGKK genehmigt wurde;
- bitte beachten Sie, dass für eine Kostenübernahme der WGKK bei einigen physikalischen Behandlungen (z.B. Lymphdrainagen, neurophysiologische Bewegungsübungen, Hippotherapie) ein spezieller Ausbildungsnachweis der/des Behandlerin/Behandlers erforderlich ist.

Nach der Krankenordnung der WGKK 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.

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).

#### **Achtung:**

Die WGKK 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.

Sie haben die Möglichkeit, Ihren Antrag auf Kostenersatz entweder persönlich in einer der Bezirksstellen, in einem Kundencenter bzw. im zentralen Verwaltungsgebäude abzugeben, per Post, Fax, E-Mail oder auch eingescannt online einzureichen. **Die WGKK ersucht allerdings dringend von Mehrfacheinreichungen derselben Honorarnote abzusehen, da dies eine Verzögerung des Erstattungsprozesses hervorruft.**

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

Bitte bewahren Sie bei Antragstellung mittels Duplikat der Honorarnote die Originale 3 Jahre auf, da es zur Einforderung eines Originalnachweises durch die WGKK kommen kann.