

Antrag auf Kostenerstattung für Heilbehelfe- und Hilfsmittel

	Vorname	Familienname	Vers.-Nr.	Geburtsdatum
Patient				
Anschrift des Patienten/der Patientin				
Anschrift des/der Versicherten				

Ich ersuche die _____ um Rückerstattung des Rechnungsbetrages oder Kostenanteils laut beiliegender Rechnung / Zahlungsbestätigung im gesetzlich vorgesehenen Ausmaß.
Ich bitte um Überweisung des Betrages auf mein Konto.

	Vorname	Familienname
Kontoinhaber		
Geldinstitut	BIC	IBAN

Datum

Unterschrift des Patienten/Versicherten

Wichtige Hinweise:

- Eine Kostenerstattung für Heilbehelfe / Hilfsmittel ist nur möglich bei Vorlage: einer detaillierten Originalrechnung mit genauen Angaben über die Leistungen (ärztl. Verordnungsschein mit genauer Diagnose, wenn nötig, mit einer ärztl. Begründung)
- eines Nachweises über die erfolgte Zahlung (Zahlungsabschnitt, Kontoauszug, von der Bank bestätigte Sammelanweisung, Saldierungsvermerk auf der Honorarnote oder Überweisungsprotokoll bei Telebanking). Die Kasse ersetzt der/dem Versicherten den gesetzl. Anteil jenes Betrages, den sie bei Inanspruchnahme eines entsprechenden Vertragspartner für dieselben Leistungen hätte aufwenden müssen, höchstens jedoch den Rechnungsbetrag, der dem Leistungserbringer entrichtet wurde.

Eine Kostenerstattung ist in jedem Fall ausgeschlossen:

- bei gleichzeitiger Inanspruchnahme eines Vertragspartners im selben Kalenderjahr;
- bei privater Inanspruchnahme eines Vertragspartners

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

Sie haben die Möglichkeit, Ihren Antrag entweder persönlich in einer der Dienststellen bzw. in der Zentrale in Klagenfurt abzugeben oder per Post einzureichen.

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

Vor der Einreichung sollten sie Kopien Ihrer eingereichten Originalbelege anfertigen!