

# Antrag auf Kostenerstattung

(gemäß § 59 B-KUVG)

Bitte füllen Sie diesen Antrag vollständig aus und legen Sie folgende Unterlagen bei:

- **detaillierte Original-Honorarnote** – mit Patientendaten, Diagnose, Leistungserbringer, Angabe zu den erbrachten Leistungen sowie Behandlungszeitraum und
- **Saldierungs- / Zahlungsnachweis im Original** – Zahlungsabschnitt bei Überweisung, Saldierungsvermerk auf der Honorarnote, Einzelbeleg oder Tagesprotokoll bei Telebanking, Durchführungsbestätigung der Bank bei Telefonbanking, Kreditkartenbeleg

Für einzelne Leistungen, wie z.B. physikalische, logopädische, ergotherapeutische Behandlungen, Laborleistungen, schließen Sie bitte Ihrem Antrag auch an:

- **ärztliche Verordnung (Zuweisung)**
- **eventuell bereits von der BVA für diese Leistung ausgestellte Bewilligung**

**Patient/in:**

Name	SVNR	Name	SVNR
	. . . . / . . . . .		. . . . / . . . . .
	. . . . / . . . . .		. . . . / . . . . .

**Versicherte/r:** (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/eine Angehörige(r) ist)

Name	SVNR
	. . . . / . . . . .

(Nur anzugeben, wenn der BVA keine Bankverbindung bekannt ist oder bei deren Änderung):

Geldinstitut	BIC	IBAN	lautend auf

**Ich bin damit einverstanden, dass die BVA die angeführte Bankverbindung künftig auch für Gutschriften verwendet.** (Geben Sie daher bitte Änderungen umgehend bekannt.)

Kontakt für allfällige Rückfragen: (tagsüber erreichbar)

<b>Telefonnummer:</b>	<b>E-Mail:</b>
-----------------------	----------------

Ich benötige (z. B. für das Finanzamt) eine Bestätigung über die Höhe der Kostenerstattung.  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Ich bestätige, dass ich die vorliegende/n **Leistung/en bei keinem anderen Sozialversicherungsträger geltend gemacht** und umseitig angeführte Hinweise zur Kenntnis genommen habe.

Datum:

Unterschrift:

..... Beilage(n)

## Wichtige Hinweise:

Wahlärzte sind nicht an Tarife gebunden und bestimmen ihre Honorare selbst. Das Honorar für die erbrachte Leistung müssen Sie zunächst selbst bezahlen. Die Honorarnote können Sie dann bei Ihrer Landesstelle/Außenstelle zur Kostenerstattung einreichen.

Es werden **jene Kosten ersetzt, die die BVA bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners aufzuwenden gehabt hätte** (§ 59 B-KUVG). Ist für eine Leistung ein **Behandlungsbeitrag** vorgesehen, wird dieser vom Erstattungsbetrag in Abzug gebracht.

Den **Anspruch auf Kostenerstattung** können Sie **bis zu 42 Monate (3 ½ Jahre) nach Inanspruchnahme einer Leistung** geltend machen (§ 43 Abs. 2 B-KUVG).

**Vertragliche Leistungen**, die privat bei einem Vertragspartner in Anspruch genommen werden, sind jedenfalls von der Kostenerstattung **ausgeschlossen**.

Die BVA sendet die Original-Honorarnote und den Original-Zahlungsbeleg im Fall der gänzlichen Ablehnung einer Ersatzleistung zurück. Nur auf ausdrücklichen Wunsch senden wir Ihnen die Original-Honorarnote mit einem Vermerk über die Höhe der Kostenerstattung retour.

**Ihren Antrag senden Sie bitte an die für Sie zuständige Landesstelle/Außenstelle:**

<b>Landesstelle für Kärnten</b> Siebenhügelstraße 1 9020 Klagenfurt am Wörthersee	<b>Landesstelle für Vorarlberg</b> Montfortstraße 11 6900 Bregenz
<b>Landesstelle für Oberösterreich</b> Hessenplatz 5 4010 Linz, Donau	<b>Landesstelle für Wien, NÖ und Bgld.</b> Josefstädter Straße 80 1080 Wien
<b>Landesstelle für Salzburg</b> Faberstraße 2A 5020 Salzburg	<b>Außenstelle Eisenstadt</b> Neusiedler Straße 10 7000 Eisenstadt
<b>Landesstelle für Steiermark</b> Grieskai 106 8020 Graz	<b>Außenstelle St. Pölten</b> Bahnhofplatz 10 3100 St. Pölten
<b>Landesstelle für Tirol</b> Meinhardstraße 1 6010 Innsbruck	

**Bitte beachten Sie, dass wir die Kosten von eventuell zu Unrecht erbrachten Leistungen von Ihnen rückfordern müssen (§ 49 Abs. 1 B-KUVG).**

Weitere Informationen erhalten Sie unter **www.bva.at**.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere bundesweit einheitliche **BVA-Service-Nummer 050405**.