

Patient/in:

Familien- und Vorname:	Versicherungsnummer (steht auf der e-card)
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße):	

Ist Patient mitversicherter Angehöriger: Daten des Versicherten angeben

Familien- und Vorname:	Versicherungsnummer (steht auf der e-card)
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße):	

Ich ersuche um Überweisung der Kostenerstattung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: Familien- und Vorname	Versicherungsnummer
Bank:	
IBAN:	BIC:

Ich wünsche eine Bestätigung der Kostenerstattung für das Finanzamt oder eine Privatversicherung

ja nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte übermitteln Sie der OÖGKK zusätzlich zum Antrag auf Kostenerstattung auch folgende Unterlagen:

- die **bezahlte** Honorarnote (Kopien, Duplikate etc. werden ebenfalls anerkannt)
- Zahlungsvermerk, Einzahlungsabschnitt (auch Kopie)
oder bei E-Banking Ausdruck der Übernahmebestätigung
- Vorherige ärztliche Zuweisung (Überweisung, Verordnung) Ihres behandelnden Arztes (mit der dazugehörigen chefärztlichen Bewilligung, wenn es sich bereits um bewilligungspflichtige Behandlungen gehandelt hat.)

Die OÖGKK ersetzt im Rahmen der Kostenerstattung 80 Prozent des Vertragspartnertarifs und zwar unabhängig von der Höhe des tatsächlichen Rechnungsbetrags.

Weitere Informationen unter www.ooegkk.at/kostenerstattung

E-Mail: wahlarzthilfe@ooegkk.at (gilt auch für Wahltherapeuten)
wahlzahnbehandlung@ooegkk.at