

# ANTRAG AUF RÜCKERSTATTUNG MEDICALIA

**Achtung:** Bevor Sie dieses Formular ausfüllen, lesen Sie bitte die Anweisungen auf der Rückseite.

**Bitte verwenden Sie nur einen Antrag auf Rückerstattung pro Leistungserbringer.**

Name und Vorname des Patienten: .....

Nationalregisternummer: .....

**Kleben Sie hierhin eine Vignette**

## AUSZUFÜLLEN VOM LEISTUNGSERBRINGER

### ALTERNATIVE THERAPIEN (SITZUNGEN) Zahlungsbeleg beifügen

Osteopathie oder Chiropraktik - 8982013  
  Akupunktur - 8982024  
  Homöopathie - 8982035  
  Ergotherapie - 8982046  
  Psychologie - 8982050  
  Logopädie - 8982061  
  Ernährungsberatung - 8982072  
  Orthopädagogie - 8982083

1.	Datum der Sitzung	LIKIV-Kode (falls erforderlich)	Gezahlter Betrag pro Sitzung
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

### AUGENPFLEGE UND HÖRGERÄTE

#### Originalrechnung und Verordnung beifügen (max. 12 Monate gültig)

	Anzahl	Kaufdatum oder Leistungsdatum	LIKIV-Kode (falls erforderlich)	Gezahlter Betrag
<input type="checkbox"/> Brillengläser - 8982094				
<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen - 8982105				
<input type="checkbox"/> Augenlaserbehandlung - 8982116	////////////////////		////////////////////	
<input type="checkbox"/> Keratotomie - 8982120	////////////////////		////////////////////	
<input type="checkbox"/> Hörgerät - 8982131				

Datum:

LIKIV-Zulassungsnummer (falls Sie eine haben)

Unterschrift  
des Leistungserbringers

Stempel  
des Leistungserbringers

Berufsverband: .....

## AUSZUFÜLLEN VOM VERSICHERTEN

### EIGENANTEILE - 8982002

Anschluss bei anderen gesetzlichen Krankenversicherung (SNCB, EU,...) oder Leistungen, die über Drittzahler abgerechnet wurden. Bitte fügen Sie einen Zahlungsbeleg bei.

### GEBURTSPAUSCHALE - 8982142

Name und Vorname des Kindes: .....

Geburtsdatum des Kindes: .....

## ZU UNTERSCHREIBEN VOM VERSICHERTEN

Ich bin mir bewusst, dass jede falsche Erklärung meinerseits zu Sanktionen (Ausschluss) führen wird, wie in den Satzungen der VaG beschrieben, sowie zu strafrechtlichen Sanktionen. Mir ist bekannt, dass jede falsche Aussage eine Urkundenfälschung, einen Betrugsversuch und einen gerichtlich strafbaren Betrug darstellt.

Um die Bearbeitung meiner Kostenerstattung zu erleichtern, erlaube ich hiermit der VaG MLOZ Insurance bei meiner Krankenkasse oder beim Landesbund der Freien Krankenkassen meine Daten, die sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und Zusatzversicherung erhalten haben, einzuholen.

Für wahr und richtig erklärt

**Datum:**

**Erforderliche Unterschrift des Versicherten:**

## AUSZUFÜLLEN VOM VERSICHERUNGSNEHMER

Im Falle eines Unfalls:	Datum: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Art des Unfalls: <input type="checkbox"/> Privatunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall
Beteiligung einer anderen Versicherungsgesellschaft?								
<input type="checkbox"/> Nein								
<input type="checkbox"/> Ja, welche:								
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfallversicherung								
<input type="checkbox"/> Privat- oder Gruppenversicherung (andere als Medicalia)								
Bitte fügen Sie eine detaillierte Abrechnung bei.								
Ich, als Versicherungsnehmer, erlaube dass die Erstattung auf ein anderes als das bei Ihnen registrierte Konto eingetragen wird.								
Kontonummer – IBAN: .....								
Auf den Namen von: .....								
<b>Unterschrift des Versicherungsnehmers:</b>								

### ANWEISUNGEN FÜR VERSICHERTE VON MEDICALIA

Vervollständigen Sie den Abschnitt „Auszufüllen vom Versicherten“ und unterzeichnen Sie das Dokument. Vergessen Sie nicht, eine Vignette auf den Antrag zu kleben.

#### 1. Für alternativen Therapien

Nehmen Sie immer einen Antrag auf Rückerstattung Medicalia mit, wenn Sie eine Sitzung bei einem Leistungserbringer haben. Lassen Sie den vorgesehenen Teil durch den Leistungserbringer ausfüllen. Bitte fügen Sie einen Zahlungsbeleg bei (Empfangsbestätigung, Quittung,...).

#### 2. Für Augenpflege und Hörgeräte

Falls Sie eine Brille, Kontaktlinsen oder ein Hörgerät kaufen: Lassen Sie den vorgesehenen Teil durch den Optiker oder Hörgeräteakustiker ausfüllen. Bitte fügen Sie die ärztliche Verordnung (höchstens 12 Monate vor Kaufdatum ausgestellt und von einem Facharzt verordnet) sowie die Originalrechnung oder den Zahlungsbeleg bei.

Falls Sie einen Termin haben für eine Laserbehandlung der Augen oder Keratotomie: Lassen Sie den vorgesehenen Teil durch die Klinik ausfüllen. Bitte fügen Sie die Originalrechnung oder den Zahlungsbeleg bei.

#### 3. Für die Geburtspauschale

Falls Sie die Geburtspauschale in Anspruch nehmen möchten, müssen Sie den Antrag auf Rückerstattung selber ausfüllen. Die Pauschale wird Ihnen ausbezahlt, sobald Sie die Geburtsurkunde an die Krankenkasse übermittelt haben.

Die Belege können auf elektronischem Weg übermittelt werden, ausgenommen der Behandlungsbescheinigungen (das Originaldokument ist erforderlich). In diesem Fall muss die digitale Kopie von guter Qualität (lesbar) und originalgetreu sein (keine handschriftlichen Änderungen oder Nachbearbeitungen). Wir behalten uns das Recht vor, das Originaldokument bei Ihnen anzufordern.

### ANWEISUNGEN FÜR DEN LEISTUNGSERBRINGER

- Füllen Sie das Formular nicht aus, wenn ein anderer Leistungserbringer dies bereits vor Ihnen getan hat. Bitte vervollständigen Sie ggf. einen neuen „Antrag auf Rückerstattung Medicalia“.
- Bitte vervollständigen und unterzeichnen Sie den Abschnitt „Auszufüllen vom Leistungserbringer“ und fügen Sie Ihren Stempel hinzu. Falls Sie über eine LIKIV-Zulassungsnummer oder Berufsverbandsnummer verfügen, tragen Sie diese bitte ein.

#### Zur Erinnerung:

1. Es gibt eine allgemeine Wartezeit von 6 Monaten (bzw. 12 Monaten für die Geburtspauschale). Falls Sie vorher einer gleichwertigen Versicherung angeschlossen waren, kann diese Wartezeit gekürzt oder gestrichen werden.

#### 2. Medicalia interveniert nicht:

- > für Medikamente.
- > für Pflege während eines Krankenhausaufenthaltes.
- > für Behandlungen durch einen Leistungserbringer, der nicht vom LIKIV anerkannt oder nicht in den von MLOZ Insurance veröffentlichten und verwendeten Listen aufgenommen ist.
- > für das Gestell einer korrigierenden Brille sowie für das Gestell und die Gläser einer Sonnenbrille (mit oder ohne Korrektur).
- > für Zahnpflege (Zahnprothesen und –implantate, einschließlich aller damit verbundenen Leistungen).
- > für Leistungen im Zusammenhang mit ästhetischen Behandlungen.
- > für Leistungen der Art „Verjüngungskuren“.
- > für Leistungen, die außerhalb von Belgien erbracht oder verordnet werden.

**3. Sie finden alle Informationen bezüglich Medicalia in den Allgemeinen Bedingungen oder auf der Website [www.medicalia.be](http://www.medicalia.be)**

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung 2016/679 vom 27. April 2016 agiert MLOZ Insurance als verantwortliche Stelle und die Krankenkasse als Versicherungsvertreter und Auftragsverarbeiter für die Verwaltung Ihrer Versicherungsverträge. Unsere Politik zum Schutz des Privatlebens können Sie einsehen unter [www.freie.be/privacy](http://www.freie.be/privacy) oder auf schriftliche Anfrage.