

ANTRAG AUF BEWILLIGUNG einer kieferorthopädischen Behandlung für die KOSTENERSTATTUNG (Bezuschussung)

(gemäß §§ 69 und 69a iVm. 59 B-KUVG ab 1.7.2015)



(Ergänzungsblatt zum Formular HV-KFO – 01.2016 – bei Inanspruchnahme von Wahlkieferorthopäden/Wahlzahnärzten zu verwenden)

- Interzeptive Behandlung (Kinder bis 10 Jahre) medizinische Angaben im Formular HV-KFO 01.2016
- KFO-Hauptbehandlung (Jugendliche) medizinische Angaben im Formular HV-KFO 01.2016
- Zusätzliche Reparatur medizinische Angaben im Formular HV-KFO 01.2016

+++++

- Zuschuss für abnehmbare oder festsitzende kieferorth. Behandlung medizinische Angaben umseitig

(Für Jugendliche die nicht IOTN-Grad 4-5 aufweisen oder Erwachsene)

Auszufüllen durch die Kundin bzw. den Kunden

Patient/in: Familienname, Vorname		Versicherungsnummer(n)	
Versicherte/r: Familienname, Vorname – nur auszufüllen wenn Patient/in ein Angehöriger/eine Angehörige ist			
Anschrift:			
Tel.-Nr.:	E-Mailadresse:		

Zur Information:

Kieferorthopädische Behandlungen sind grundsätzlich **vor Behandlungsbeginn** zu bewilligen!

Interzeptive Behandlung (Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 10. Lebensjahr), KFO-Hauptbehandlung (Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) können bei schweren Fehlstellungsgraden der Kategorien IOTN 4-5 (Index of Orthodontic Treatment) in Anspruch genommen werden. Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme einer kieferorthopädischen Hauptbehandlung nur bei Behandlung durch Kieferorthopäden vorgesehen ist und der Kieferorthopäde die qualitativen Voraussetzungen der Vertragspartner nachweislich erfüllen muss.

Liegen die genannten Voraussetzungen (Alter und/oder Fehlstellungsgrad) nicht vor, ist die medizinische Notwendigkeit einer abnehmbaren oder festsitzenden Versorgung im Einzelfall zu prüfen.

Wahlzahnärzte/innen bzw. Wahlkieferorthopäden/innen können ihre Honorare frei bestimmen und sind dabei an keinerlei Tarife gebunden. Die/der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, die Vorlage der Anfangs- und Endmodelle durch die Behandlerin bzw. den Behandler zu veranlassen und sich auf Aufforderung einer Nachbegutachtung bei der Kasse zu unterziehen.

Die Kosten werden nicht erstattet, wenn die/der Anspruchsberechtigte für eine vertragliche kieferorthopädische Behandlung eine Vertragszahnärztin/einen Vertragszahnarzt, eine Vertragseinrichtung oder eine Vertragskieferorthopädin/einen Vertragskieferorthopäden in Anspruch genommen hat.

Die Kostenerstattung einer bewilligten kieferorthopädischen Hauptbehandlung und der Zuschussung einer festsitzenden Versorgung bei IOTN-Grad 3 erfolgt zu folgenden Zeitpunkten (unter Anrechnung bereits geleisteter Beträge):

- höchstens 45% nach Einbringen des Gerätes in den Mund (Behandlungsbeginn),
- höchstens 70% nach vollendetem ersten Behandlungsjahr,
- höchstens der Rest des Behandlungspauschales nach Behandlungsende.

Eine davon abweichende Teilerstattung ist nicht möglich. Wir ersuchen, allfällige Zwischenrechnungen zu sammeln und zu den genannten Zeitpunkten einzureichen.

Der Pauschaltarif für die kieferorthopädische Hauptbehandlung unterliegt einer jährlichen Schwankung (zwischen EUR 3.500,- und 4.900,-). Die Höhe der Kostenerstattung richtet sich nach dem jeweils aktuellen Tarif zu den angeführten Zeitpunkten (Behandlungsbeginn, Ende erstes Behandlungsjahr und Behandlungsende)!

Bitte verwenden Sie für den Antrag auf Kostenerstattung (Bezuschussung) das auf unserer Homepage verfügbare allgemeine Formular für die Kostenerstattung.

Datum, Unterschrift Antragsteller/in: _____

Auszufüllen durch Wahlzahnärztin/-zahnarzt bzw. Wahlkieferorthopädin/-kieferorthopäden! Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Medizinische Angaben für

Zuschuss für abnehmbare oder festsitzende kieferorthopädische Behandlung (sofern nicht IOTN 4-5 vor Vollendung des 18. Lebensjahres gegeben ist!)

IOTN

IOTN	5a	5h	5i	5m	5p	5s	4a	4b	4c	4d	4e	4f	4h	4l	4m	4t	4x	3a	3b	3c	3d	3e	3f	2g
------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Lokalisation der Fehlbildung nach IOTN

<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>
			<u>55</u>	<u>54</u>	<u>53</u>	<u>52</u>	<u>51</u>	<u>61</u>	<u>62</u>	<u>63</u>	<u>64</u>	<u>65</u>			
			<u>85</u>	<u>84</u>	<u>83</u>	<u>82</u>	<u>81</u>	<u>71</u>	<u>72</u>	<u>73</u>	<u>74</u>	<u>75</u>			
<u>48</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	<u>45</u>	<u>44</u>	<u>43</u>	<u>42</u>	<u>41</u>	<u>31</u>	<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>35</u>	<u>36</u>	<u>37</u>	<u>38</u>

Wenn nicht digitale Modelle übermittelt werden, sind Anfangsmodelle für die Bewilligung nur erforderlich, wenn sich die angeführten die IOTN-Merkmale aus den intra-/extraoralen Fotos nicht eindeutig erkennen lassen, bzw. sind für die Kostenerstattung nach Behandlungsabschluss jedenfalls (digitale) Anfangs- und Endmodelle erforderlich!

Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:

Panoramaröntgen laterales Fernröntgen Fotos intra-/extraoral Modell Digitales Modell (CD oder DVD) Sonstige

Therapievorschlag - Art der Behandlung

vorgesehene Apparate:
OK:____
UK:____

Erfolgsannahme (allenfalls über die Indikation hinausgehende Behandlungsziele) und geplante Dauer:

Befunderhebung Datum:	Geplanter Behandlungsbeginn (Einsetzen des Gerätes) Datum:
---------------------------------	--

Datum, Unterschrift und Wahlpartnerstempel: _____

Bewilligungsvermerk der BVAEB:

IOTN-Grad:

bewilligt bis zu einem Betrag von:
 abgelehnt