

## Здравни грижи

Вие имате достъп до здравеопазване, ако сте здравноосигурени.

**Внимание!** За лицата, които имат общ доход от една или повече професионални дейности под определения за съответната година праг (Geringfügigkeitsgrenze), е достъпно доброволно осигуряване (freiwillige Versicherung).

1. За да се възползва осигуреният от лекарска помощ, той следва да носи и предсатви своята **e-card**.
2. **Правилото за тримесечието** - на всяко тримесечие (януари-март; април-юни; юли-септември; октомври-декември) осигурените могат да бъдат прегледани от един общопрактикуващ лекар, с който работи касата; до **трима различни лекари-специалисти (т.е. не може в рамките на едно тримесечие осигуреното лице да посети двама лекари специалисти в една и съща област)** и зъболекар. В случай че е наложително да се посетят повече от трима лекари-специалисти в рамките на тримесечието, то тогава това може да стане с направление (Überweisung) от лекар-специалист или общопрактикуващ лекар.
3. **Vertragsärzte** - Лекарите, които имат договор с касата. *Лекуващият лекар обяснява на лицата, когато има нужда да заплатят нещо извън покритото от касата.*
4. **Wahlarzt/Privatarzt** – са лекари, които нямат договор с касата и те сами определят своите хонорари. Когато пациентът се преглежда при тях, заплаща сам таксата. Касата може да поеме 80% от тарифата, определена за съответната услуга, а не от хонора. Когато, обаче, подобен разход не съществува в каталога на касата като допустим, то тогава те не биват възстановявани. *Лекуващият лекар обяснява на лицата, когато има нужда да заплатят нещо извън покритото от касата.*

**Пример:** Ако хонорарът на избрания лекар е 300 евро за преглед, а в каталога на касата подобен преглед струва 100 евро, то тя ще възстанови 80 евро (80 % от 100 евро).

Необходими документи въз основа, на които се възстановяват разходите са:

- Подробна бележка за хонорара (Honorarnote), която следва да съдържа: дата на прегледа, посещения, допълнителни разходи, диагноза, разходооправдателен документ за извършения разход и др. според изискванията.
  - Касата предупреждава винаги, че всеки случай е частен и съществуват варианти, при които средства може и да не бъдат възстановени. Преди посещение на такъв лекар, може да се направи справка по телефона.
5. **Рецепти по каса и Rezeptgebühr** – за да получи осигуреното лице лекарство за сметка на касата следва да заплати Rezeptgebühr в размер на 6,30 евро. Следва се има предвид, че таксата е за опаковка, т.е. ако рецептата включва 3 лекарства се заплаща 3 пъти по 6,30 евро. В определени случаи, може да бъде освободени от тези такси.
  6. **Рецепти, изписани от Wahlarzt** - има възможност да се превърнат в рецепти по каса, когато изписаните лекарства в тях фигурират в каталога на касата. Това става след посещение при лекар, имащ договор с касата. Има опция при някои от лекарствата, които се изписват по-често рецептата

да бъде маркирана в аптеката със специален етикет, който се поставя на задната ѝ страна. Осигуреното лице с подпис ги представя на касата. Рецепти, отбелязани с надпис „privat“ не подлежат на възстановяване. Разходи по privat-рецепти могат да се възстановяват до 80 % от касата срещу разходооправдателен документ и печат върху рецептата от аптеката, че лекарствата са закупени. На рецептата следва е изписано името на пациента, дата, на която е изписана, тя да бъде представена в оригинал.

- 7. Болнично лечение в публични болници** - До максимум 25 дни на година на болницата се заплаща по 12,48 евро на ден. За осигурените лица към основното осигурено лице (die mitversicherte Angehörige) таксата е 20,70 или 22,90 евро на ден до максимум 28 дни на година. Има и изключения от правилото, например при раждане на дете не се дължи дневна такса.
- 8. Зъболечение** се поема от касата отново при зъболекарите, имащи договор с ÖGK, когато става дума за т.нар konservierende Zahnbehandlung (например пломби, лечение на корени, отстраняване на зъбен камък и др.). Касата поема и някои разходи за поставяне на цяла протези. Възстановяват се до 80 % от тарифата на касата за съответното лечение при посещение на зъболекар, който няма сключен договор с нея. Трябва да се обърне внимание, че има разходи, които касата не поема и се заплащат изцяло от пациента.

#### **9. Какво означава Mitversicherung?**

Кръгът на обхванатите лица е по-голям от кръга на осигурените в касите лица. Членовете на Вашето семейство, които пребивават в Австрия имат същите права, както и Вие. За по-голяма част от близките не се заплащат допълнителни вноски.

Предпоставки: близките Ви нямат здравни осигуровки в друга държава, имат обичайно пребиваване в Австрия, Вие сте здравноосигурен в Австрия.

Кои лица са допустими: съпрузи, регистрирани партньори, независимо от това дали са от един или друг пол, ако са изпълнени определени условия, деца под 18 години (важи и за доведени деца, внуци и приемни деца), деца на възраст над 18 години, ако са изпълнени определени условия (напр. учене, увреждане), член на семейството, който живее в домакинството и се грижи за него безвъзмездно („домакиня“), при условие че са изпълнени определени условия. Необходимо е проучване на отделния случай.

#### **Важно!**

В случай че нямате брак с Вашия партньор, имате право да го осигурявате към себе си, ако докажете че съжителствате от най-малко 10 месеца с представяне на Meldezettel (бележка за адресната регистрация).

*\*Информацията е актуализирана през м. юли 2020 г. Препоръчително е винаги да направите справка за Вашия конкретен случай!*