

INHALT

Zu berechnender Höchstbetrag	Seite 2
Diabetespaß	Seite 3
Gebrauch der orangenfarbigen Vignetten	Seite 3
Erneuerung der SIS-Karten	Seite 3
Meldung der Arbeitsunfähigkeit	Seite 4
Allgemeine Medizinische Akte	Seite 5
Wieviel zahlen Sie beim Arzt?	Seite 5

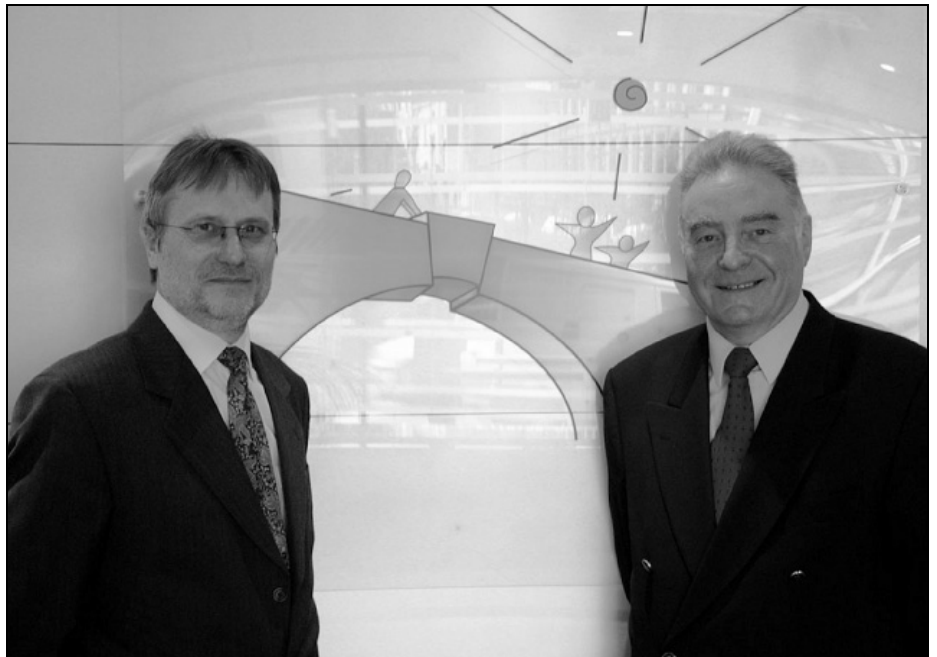
WEIL UNSERE MITGLIEDER WICHTIG SIND ...

Von jetzt an werden wir Ihnen unsere neue **HKIV-Info** Zeitschrift zu regelmäßigen Zeitpunkten zuschicken. Mit *HKIV-Info* wollen wir Ihnen jedesmal brandaktuelle Nachrichten bringen. Oft haben Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsversicherung wichtige Auswirkungen auf Ihr Leben, im Falle einer Änderung der **Honorare beim Arzt** zum Beispiel.

In dieser Nummer finden Sie eine Übersicht von den wichtigsten Tarifen, die **seit dem 1. April 2003** gültig sind.

Haben Sie schon eine **Allgemeine Medizinische Akte** (AMA)? Wer eine AMA besitzt, bekommt bis zu 30 % Ermäßigung beim Hausarzt. Die „Eintragungskosten“ werden völlig von der Gesundheitspflegeversicherung zurückgezahlt. Dabei ergeben sich also nur Vorteile für Sie.

Seit kurzem können Sie einen **Diabetespaß** bei Ihrem Regionaldienst beantragen. Dieser Paß erhöht die Qualität der medizinischen Überwachung.



Joël Livyns (Generalverwalter) und Willy Taminiaux (Vorsitzender Verwaltungsausschuss)

Unter bestimmten Umständen haben Sie auch Recht auf Rückerstattung der Leistungen von Podologen und Ernährungsberatern.

Weiter in dieser Nummer gibt es auch unter anderem einen Artikel über die neue Regelung bezüglich des **zu berechnenden Höchstbetrages**.

In der Hoffnung, Sie mit unserer neuen Zeitschrift bestmöglich zu informieren, wünschen wir Ihnen bereits viel Freude beim Lesen!

Joël Livyns
 Generalverwalter

ZU BERECHNENDER HÖCHSTBETRAG

WAS IST DER „ZU BERECHNENDE HÖCHSTBETRAG“?

Der „zu berechnende Höchstbetrag“ bewirkt, daß die Haushalte jährlich **nicht mehr als einen bestimmten Betrag für die Eigenbeteiligung ausgeben**. Die „Eigenbeteiligung“ ist der Teil der Arzt- und Behandlungskosten, der von Ihrer Krankenkasse nicht zurückgezahlt wird, d.h. der zu Ihren Lasten bleibt.

MAXIMUMBETRÄGE PRO EINKOMMENSKATEGORIE

Einem Haushalt*, der im Laufe des Jahres eine bestimmte Höchstgrenze für ärztliche Betreuung übersteigt, wird die über diese Höchstgrenze hinausgehende Eigenbeteiligung völlig erstattet. Diese Höchstgrenze **hängt vom steuerbaren Einkommen der Haushalte ab**. Je niedriger die Einkünfte sind, desto niedriger ist auch die Höchstgrenze.

Der folgenden Tabelle sind die Einkunftsspannen sowie die dazugehörigen Höchstgrenzen zu entnehmen.

Einkünfte (Euro)**	Höchstgrenzen (Euro)
1) Bis 13.956,17	450
2) 13.956,18 - 21.455,00	650
3) 21.455,01 - 28.953,84	1.000
4) 28.953,85 - 36.140,23	1.400
5) 36.140,24 - 51.658,65	1.800
6) Ab 51.658,66	2.500

* Man versteht unter „Haushalt“ alle Personen, die unter ein und demselben Dach wohnen, wobei kein Unterschied gemacht wird zwischen zusammen wohnenden und verheirateten Personen. Auch alleinstehende Personen gelten als ein Haushalt.

** Die Einkunftsbeträge werden jährlich indexiert.

Für bestimmte Personen gilt eine besondere Regelung:

- **Bestimmte Kategorien von Kindern unter 16 Jahren** werden mehr geschützt: für sie wird ein zu berechnender Höchstbetrag von 650 Euro pro Jahr pro Kind angewendet, *unabhängig von den Einkünften des Haushalts*. Familien die Anrecht auf die Höchstgrenze von 450 Euro pro Jahr haben, behalten selbstverständlich diese Höchstgrenze für ihre Kinder.

- **Abhängige Personen, die bei Ihnen wohnen**, können unter gewissen Umständen als gesonderter Haushalt betrachtet werden. Infolgedessen werden deren Einkünfte nicht zu den globalen Einkünften des Wohnhaushalts hinzugezählt. Die Höchstgrenze ist entsprechend niedriger.

- **„Außergewöhnliche Umstände“**: Personen, deren Einkünfte drastisch reduziert wurden (durch lange dauernde Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, durch Beendigung einer Berufstätigkeit, usw.), können bei dem Regionaldienst anhand einer ehrenwörtlichen Erklärung eine beschleunigte Rückerstattung beantragen.

WELCHE EIGENBETEILIGUNG WIRD BEI DER AUSRECHNUNG DES BERECHNENDEN HÖCHSTBETRAGES MITEINBEZOGEN?

Welche Eigenbeteiligung wird eigentlich berücksichtigt und zurückerstattet, wenn die Höchstgrenze überschritten wurde?

- Eigenbeteiligung für Rechnungen von **Ärzten, Physiotherapeuten, Krankenpfleger, paramedizinische Behandlungen**, usw.

- Eigenbeteiligung für technische Leistungen wie **chirurgische Eingriffe, technische Untersuchungen, Laboranalysen**, usw.

- Eigenbeteiligung für **Medikamente der Kategorie A** (z. B. Mittel gegen Krebs, Diabetes, Epilepsie, usw.), **Kategorie B** (z. B. Antibiotika, Mittel gegen Asthma oder hohen Blutdruck) und **Kategorie C** (z. B. Hormonbehandlung, Mittel gegen Allergie oder Krämpfe). Die Kategorie ist auf den Verpackungen angegeben.

- **Enterale Ernährung** zuhause über eine Sonde oder ein Stoma für Berechtigte unter 16 Jahren.

- Bestimmte Krankenhauskosten wie unter anderem der **eigene Beitrag für den Tagespreis des Krankenhausaufenthalts** während der ersten drei Monate in einem allgemeinen Krankenhaus oder während des ersten Jahres in einem psychiatrischen Krankenhaus.

- **Viscerosynthese- und endoskopische** Instrumente bei bestimmten chirurgischen Eingriffen.

Dieser Schutz bezieht sich zur Zeit nicht auf die Gesamtheit der Eigenbeteiligungen. Er wird aber im Laufe der nächsten Jahre ausgedehnt.

MÜSSEN SIE SELBST ETWAS TUN?

Sie selbst brauchen nichts zu tun. Ihr Regionaldienst wird Ihre Eigenbeteiligung ausrechnen. Die eventuelle Rückerstattung erfolgt automatisch.

- Personen, die den Einkommensstufen 1 und 2 der Tabelle angehören (=bis 21.455,00 Euro), erhalten die Rückerstattung von ihrem **Regionaldienst**.

- Personen, die den Einkommensstufen 3 bis 6 angehören (=ab 21.455,01 Euro) bekommen die für Eigenbeteiligung bezahlten Beträge, die über der Höchstgrenze liegen, nach zwei Jahren durch den Fiskus zurückerstattet, wenn sie die für das Jahr, in dem die Kosten bezahlt wurden, fälligen Steuern bezahlt haben.

Sollten Sie sich jedoch in der Situation befinden, daß Sie **von einem hohen Einkommen auf ein bescheidenes oder niedriges abfallen** (durch Beendigung einer Berufstätigkeit, durch Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit während mindestens 6 Monaten, ...), so besteht für Sie die Möglichkeit, anhand einer **ehrenwörtlichen Erklärung** im Rahmen der **„außergewöhnlichen Umstände“**, einen Antrag auf **beschleunigte Rückerstattung** zu stellen. Dafür genügt es, diese Situation Ihrem Regionaldienst zu melden.

DIABETESPAß

Seit dem 1. März 2003 können Sie bei Ihrem Regionaldienst einen **Diabetespaß** beantragen.

WARUM EINEN DIABETESPAß BEANTRAGEN ?

Inhaber eines Diabetespaßes können nach Konsultierung eines **Ernährungsberaters** (zweimal 30 Minuten pro Jahr) oder **Podologen** (zweimal 45 Minuten pro Jahr), und unter bestimmten Voraussetzungen (unter anderem Gewichtsprobleme oder erhöhtes Risiko für Fußprobleme), **Rückerstattung** erhalten.

Der Paß muß die **Kommunikation** zwischen dem Patient und den Leistungserbringern verbessern. Wenn die Person mit Diabetes diesen Paß bei jedem Besuch eines Leistungserbringers (Hausarzt, Apotheker; Ernährungsberater, Podologe, Spezialist, ...) vorweist, kann er als "Mini-Akte" gebraucht werden. So ist jedermann über die Ziele Ihrer Behandlung, die Medikation, die Untersuchungen, usw. gut informiert.

Der Diabetespaß enthält auch **nützliche Information für den Patienten**, wie zum Beispiel die verschiedenen Aspekte seiner Gesundheit, worauf er für eine effiziente Behandlung besonders achten muß.

WIE KÖNNEN SIE EINEN DIABETESPAß BEANTRAGEN ?

Bitten Sie Ihren Arzt (oder den Regionaldienst) um ein "**Antragsformular für Diabetespaß**". Er wird es ausfüllen und ihrem Regionaldienst zukommen lassen.

HABEN SIE NOCH FRAGEN?

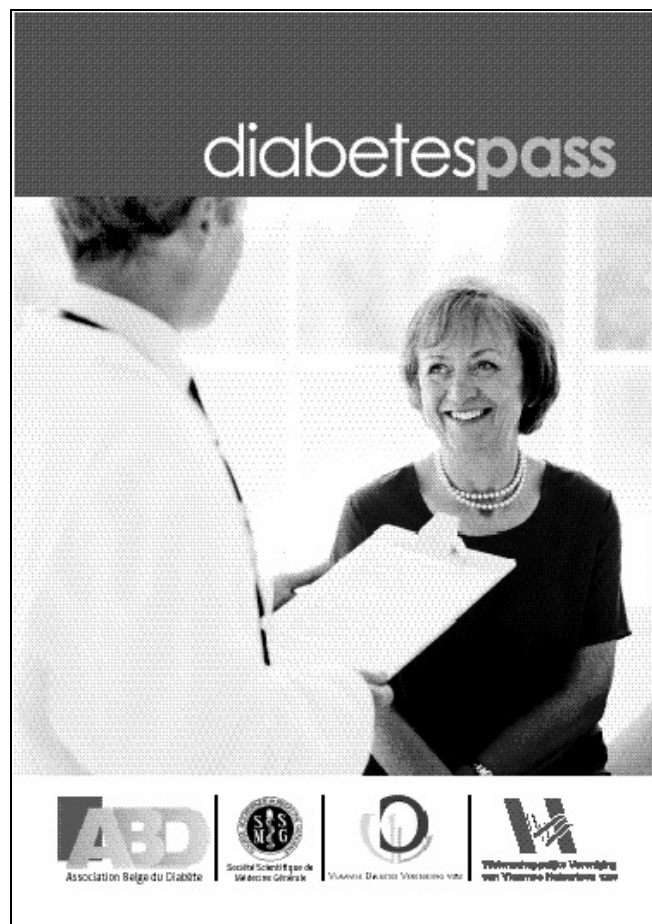
Für weitere Informationen über den Diabetespaß können Sie Ihren Regionaldienst telefonisch erreichen.

- Tel. Eupen: 087/55.37.91
- Tel. Malmedy: 080/33.08.96

GEBRAUCH DER ORANGENFARBIGEN VIGNETTEN

Wünschen Sie eine schnellstmögliche Behandlung Ihrer medizinischen Akten? Kleben Sie dann eine **orangerfarbige Vignette auf alle Bescheinigungen** an, die Sie der HKIV zuschicken. So haben wir sofort Ihre Daten.

Aus praktischen Gründen ist es übrigens besser eine orangefarbige Vignette **auf jede Unterlage** anzubringen, die Sie uns zuschicken.



ERNEUERUNG DER SIS-KARTEN

Da die Gültigkeitsdauer der SIS-Karte vieler HKIV-Versicherten am 30. September 2003 abläuft, wird die HKIV diesen Sommer alle diese Karten erneuern. Das **Verfalldatum** ist auf der SIS-Karte **rechts unten** angegeben.

Diese Erneuerung wird ohne Formalitäten erfolgen. Eine automatische Prozedur wurde nämlich von der HKIV eingesetzt, damit jeder betroffene Versicherte rechtzeitig und kostenlos seine neue Karte erhält.

Diese neue SIS-Karte bietet die gleichen Funktionalitäten wie die vorherige, und die Aufmachung bleibt unverändert. Die Gültigkeitsfrist wird jedoch von 5 auf **10 Jahre** verlängert.

Beim Empfang Ihrer neuen SIS-Karte werden Sie darum gebeten, Ihre alte Karte zu vernichten oder sie dem Regionaldienst zurückzugeben.

MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Die Meldung einer Arbeitsunfähigkeit muß mittels einer **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** erfolgen (auch als Dokument "Vertraulich" bekannt). Achtung: Arbeitnehmer und Selbständige haben jeweils ihr eigenes Formular.

Der Regionaldienst wird Ihnen gerne ein Muster der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zustellen. Lassen Sie es vom behandelnden Arzt ausfüllen (Datum und Unterschrift müssen darauf vermerkt sein) und übersenden Sie es **per Post dem Vertrauensarzt Ihres Regionaldienstes**. Stecken Sie es nicht selbst im Briefkasten Ihres Regionaldienstes; das Datum des Poststempels gilt nämlich als Beweis des Versanddatums. Sie können es auch bei **Ihrem Regionaldienst persönlich abgeben (gegen Empfangsbestätigung)**.

SIND SIE ARBEITNEHMER ODER ARBEITSLOSER?

Sie müssen jede Arbeitsunfähigkeit unverzüglich melden. Die Meldung muß **innerhalb von 2 Kalendertagen** nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgen.

Nur wenn Sie zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arbeitsvertrag gebunden sind, verfügen Sie über 14 (Arbeiter) oder 28 (Angestellte) Tage.

Ab der Zusendung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung müssen Sie, an der erwähnten Adresse, zur Verfügung des Vertrauensarztes Ihres Regionaldienstes oder des Inspektionsarztes des LIKIV bleiben, und dies bis zur Bekanntmachung der Entscheidung.

SIND SIE SELBSTÄNDIGER?

Selbständige müssen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dem Vertrauensarzt innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit zusenden oder aushändigen.

WICHTIG FÜR ALLE UNSERE ENTSCHÄDIGUNGSBERECHTIGTEN!

Wir empfehlen Ihnen, jede Arbeitsunfähigkeit immer **unverzüglich** zu melden. Im Falle verspäteter Meldung werden **als Strafe 10 Prozent des Entschädigungsbetrages einbehalten**. Wegen der strengen Bedingungen ist die Aufhebung dieser Sanktion nur im Ausnahmefall möglich.

KONTROLLVERPFLICHTUNGEN

Ihr Regionaldienst wird Ihnen dann das "**Auskunftsblatt Krankengeld**" zustellen. Es ist teilweise von Ihnen persönlich und teilweise von Ihrem Arbeitgeber oder von anderen auf diesem Vordruck erwähnten Behörden auszufüllen. Wenn das Formular völlig ausgefüllt ist, senden Sie es dem Regionaldienst zurück. Teilen Sie uns jede Änderung dieser Angaben unverzüglich mit.

Um das Recht auf Entschädigungen zu behalten, müssen Sie jeder Einladung zu einer **Kontrolluntersuchung** durch den Vertrauensarzt Ihres Regionaldienstes, den Inspektionsarzt oder den ärztlichen Invaliditätsrat des LIKIV Folge leisten.

Sie müssen die "**Bescheinigung über die Wiederaufnahme der Arbeit oder der Arbeitslosigkeit**" **innerhalb von 8 Tagen** nach dem Ende Ihrer Arbeitsunfähigkeit dem Regionaldienst zusenden. Achtung: die **Selbständigen** melden die Wiederaufnahme Ihrer beruflichen Tätigkeit **innerhalb von 2 Tagen**.

BEAMTE UND LEHRKRÄFTE

Sind Sie **ernannter** Beamter oder Lehrer ? Dann gilt für Sie eine besondere Regelung.

REGIONALDIENSTE

Diese Liste enthält kein Lokalbüro und keine Aussendienststelle

Olijftakstraat 7-13 / 4 2060 Antwerpen Tel. 03/220.75.55	Rue des Augustins 18 4000 Lüttich Tel. 04/222.02.36
Rue du Trône 30 B 1000 Brüssel Tel. 02/229.34.80	Maastrichtersteenweg 214 / 1 3500 Hasselt Tel. 011/27.13.13
Leemputstraat 14 8000 Brügge Tel. 050/33.04.10	Rue des Martyrs 46 6700 Arlon Tel. 063/22.60.92
F. Rooseveltlaan 91 9000 Gent Tel. 09/269.54.00	Rue de Gembloux 189 5002 Saint-Servais Tel. 081/73.29.33
Rue des Belneux 12 7000 Mons Tel. 065/35.22.44	Neustraße 42 4700 Eupen Tel. 087/55.37.91
Rue Léon Bernus 64 6000 Charleroi Tel. 071/32.91.98	Rue Abbé Peters 48 4960 Malmedy Tel. 080/33.08.96

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE AKTE

Jedermann kann seinen Hausarzt darum bitten, eine **Allgemeine Medizinische Akte (AMA)** anzulegen.

Die Führung einer AMA erhöht die Qualität der medizinischen Überwachung. **Alle Ihre medizinischen Daten werden zentralisiert**, so daß der Arzt, dem die Führung Ihrer AMA anvertraut ist, einen Gesamteindruck Ihres Gesundheitszustands hat. Dank der AMA können Sie unnötige Untersuchungen und doppelte Behandlungen vermeiden.

WELCHE VORTEILE HABEN SIE ?

Dank der AMA zahlen Sie **30 % weniger Eigenanteil** für die Konsultationen im Sprechzimmer des Hausarztes. Für Personen ab 75 Jahren oder für chronisch kranke Personen gilt dieser Vorteil auch bei einem Hausbesuch des Hausarztes.

Weitere Information über die Tarife beim Arzt finden Sie im folgenden Artikel dieser Zeitschrift: "Wieviel zahlen Sie beim Arzt?"

WIE KÖNNEN SIE UM EINE AMA BITTEN?

Sie können Ihren **behandelnden Arzt** während der nächsten Konsultation im Sprechzimmer bitten, eine AMA anzulegen. Sie brauchen also nicht speziell dafür zu Ihrem Hausarzt zu gehen. Der Arzt wird Ihnen für die „Eintragung“ **17 Euro** berechnen, dieser Betrag wird von Ihrem Regionaldienst jedoch **völlig zurückgezahlt**.

WIE LANGE IST EINE AMA GÜLTIG?

Wenn Sie um eine AMA im Laufe eines Kalenderjahres bitten, bleibt sie **bis zum 31. Dezember des folgenden Kalenderjahres einschließlich** gültig. Wenn Sie z. B. am 11. April 2003 eine AMA öffnen lassen, bleibt sie bis zum 31. Dezember 2004 einschließlich gültig (während der ersten Konsultation in 2005 können Sie dann um eine neue AMA bitten).

WIEVIEL ZAHLEN SIE BEIM ARZT?

VERTRAG ÄRZTE – KRANKENKASSEN

Um den Patienten besser zu schützen, haben die Krankenkassen, bezüglich der Arztkosten, mit den Ärzten Vereinbarungen getroffen. **Ärzte, die diesem Vertrag beitreten, achten die festgelegten Höchstbeträge.**

Ärzte können dem Vertrag mit den Krankenkassen:

- **völlig** beitreten (Vertragsärzte)
- **teilweise** beitreten: sie achten die Höchstbeträge nur an bestimmten Orten, Tagen und Stunden ;
- **nicht beitreten**: sie dürfen, in vertretbaren Grenzen, ihr Honorar selber bestimmen.

Die Ärzte müssen ihren Patienten ihre Wahl mitteilen. Sie müssen diese Informationen in ihren Wartesälen veröffentlichen.

EUH... WIE BITTE?

Hierunter einige Erklärungen um Ihnen beim Lesen der Tabelle mit den Tarifen zu helfen.

- **Erhöhte Beteiligung**: wird unter anderem Witwen, Witwer, Invaliden, Pensionierten, Waisen und Vollarbeitlosen ab 50 Jahren (die seit wenigstens einem Jahr eine Vergütung erhalten) mit geringem Einkommen, Behinderten, die eine Entschädigung beziehen, Nutznießern des Eingliederungseinkommens sowie den Personen zu Lasten all dieser Kategorien zuerkannt.

- **AMA**: Allgemeine Medizinische Akte (siehe vorige Artikel).

- **„Akkreditierter Arzt“**: ein Arzt, der bestimmte Qualitätsanforderungen (unter anderem ständige Weiterbildung) erfüllt.

FRAGEN ODER BEMERKUNGEN?

Haben Sie noch Fragen oder Bemerkungen über diese Zeitschrift?

Zögern Sie also nicht, Kontakt mit dem Informationsbeamten aufzunehmen.

- Per e-Mail: info@caami-hziv.fgov.be
- Telefonisch: **02/229.35.62**

PREISE BEI DEN ÄRZTEN AB DEM 01.04.03

Kode- Nummer	Leistung	Sie zahlen	Rückerstattung			
			Ohne AMA		Mit AMA	
			Normal- versicherter	Erhöhte Beteiligung	Normal- versicherter	Erhöhte Betei- ligung
Konsultationen beim Allgemeinmediziner						
101010	Konsultation Allgemeinmediziner mit erworbenen Rechten	10,69	7,49	9,86	8,45	10,11
101032	Konsultation im Sprechzimmer eines Vertragsarztes	15,46	10,83	14,27	12,22	14,63
101076	Konsultation im Sprechzimmer eines akkreditierten Vertragsarztes	17,00	12,37	15,81	13,76	16,17
Hausbesuche Allgemeinmediziner						
103110	Besuch bei dem Kranken zu Hause durch einen Allgemeinmediziner mit erworbenen Rechten	16,62	10,81	15,02	12,56	15,50
103132	Besuch bei dem Kranken zu Hause durch einen Vertragsarzt	21,59	14,04	19,87	16,31	20,39
104215	Besuch durch einen Vertragsarzt zwischen 18U und 21U	28,63	19,35	25,34		
104252	Besuch durch einen Vertragsarzt von Samstag 8U bis Montag 8U	30,68	20,68	27,16		
Allgemeine Medizinische Akte						
102771	Anlegen oder verlängern der Allgemeinen Medizinischen Akte vom Vertragsarzt	17,00	17,00	17,00		
Konsultation im Sprechzimmer eines Arzt-Spezialisten						
102034	Spezialist Interne Medizin	25,39	15,95	23,39		
102071	Kinderarzt	25,39	15,95	23,39		
102093	Kardiologe	23,61	14,17	21,61		
102115	Gastroenterologe	23,61	14,17	21,61		
102130	Pneumologe	23,61	14,17	21,61		
102152	Rheumatologe	25,39	15,24	23,24		
102174	Neurologe	31,74	19,05	29,59		
102196	Psychiater	31,74	19,05	29,59		
102211	Neuropsychiater	31,74	19,05	29,59		
102734	Dermatologe	19,52	11,72	17,41		
102012	Sonstige Spezialisten	15,46	9,28	13,35		
Konsultation im Sprechzimmer eines akkreditierten Spezialisten						
102550	Interne Medizin	27,50	18,06	25,50		
102572	Kinderarzt	27,50	17,35	25,35		
102594	Kardiologe	27,50	18,06	25,50		
102616	Gastroenterologe	27,50	18,06	25,50		
102631	Pneumologe	27,50	18,06	25,50		
102653	Rheumatologe	27,50	17,35	25,35		
102675	Neurologe	33,85	21,16	31,70		
102690	Psychiater	33,85	21,16	31,70		
102712	Neuropsychiater	33,85	21,16	31,70		
102756	Dermatologe	20,33	12,53	18,22		
102535	Sonstige Spezialisten	17,00	10,82	14,89		