

Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen

Sie interessieren sich für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen?

Nicht alle Vorsorgeuntersuchungen fallen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Kostenübernahme bzw. Abrechnung dieser Untersuchungen über die elektronische Gesundheitskarte ist deshalb nicht möglich.

Im Rahmen einer **Satzungsmehrleistung** gewährt die BKK EUREGIO jedoch auch zu folgenden Vorsorgeuntersuchungen, die nicht im einheitlichen Bewertungsmaßstab als abrechnungsfähige Leistungen enthalten sind, einen Zuschuss in Höhe der tatsächlichen Kosten, jedoch insgesamt je Versicherten maximal **60,00 € pro Kalenderjahr**:

- **Erweiterte Krebsvorsorge** (insbesondere Ultraschalluntersuchungen, Mammographie-Screening, PSA-Test, Pap-Abstrich, Haut-Screening)
- **Erweiterte augenärztliche Vorsorge** (insbesondere Glaukom-Früherkennung, AMD-Früherkennung, OCT, Amblyopie-Screening)
- **Erweiterte Vorsorge gegen Herz-Kreislauferkrankungen** (insbesondere präventiver Gesundheits-Check-Up, Ultraschalluntersuchungen)
- **Zusätzliche Laboruntersuchungen** im Rahmen der o. a. erweiterten Vorsorge
- **Knochendichtemessungen** im Rahmen der Osteoporosevorsorge
- **Vorsorgeuntersuchung J2** im Alter von 16 bis 17 Jahren, soweit diese nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist

Voraussetzung ist, dass die Vorsorgeuntersuchung notwendig ist, um

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchungen gilt durch die Erbringung des Arztes, die Inanspruchnahme sowie die **schriftliche Begründung und Bestätigung der Versicherten im Antrag** als nachgewiesen. Bei begründeten Zweifeln können weitere Nachweise gefordert werden.

Voraussetzung ist ferner, dass die Untersuchungen durch zugelassene oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnigte Ärzte oder Zahnärzte erfolgen und die Leistung nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen ist.

Zur Erstattung senden Sie uns einfach die Rechnung(en) bzw. Nachweise **zusammen mit Ihren Angaben im beigefügten Erstattungsantrag** zu.

Sind Sie mit uns zufrieden? Dann empfehlen Sie uns doch weiter und sichern sich eine Anerkennungsprämie in Höhe von 25,00 €.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an. Wir sind für Sie da.

Ihre BKK EUREGIO

BKK EUREGIO
Kundenservice 2.3
Postfach 1320
52517 Heinsberg

Bitte Personalien ergänzen

Name, Vorname

Versichertennummer

**falls Versichertennummer nicht vorliegt,
bitte Angabe von:**

Geburtsdatum

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung im Rahmen der Satzungsmehrleistung. Ich hatte Aufwendungen für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen:

- Erweiterte Krebsvorsorge
- Erweiterte augenärztliche Vorsorge
- Erweiterte Vorsorge gegen Herz-Kreislaufkrankungen
- Zusätzliche Laboruntersuchungen im Rahmen der o. a. erweiterten Vorsorge
- Knochendichtemessung im Rahmen der Osteoporosevorsorge
- Vorsorgeuntersuchung J2

Die Vorsorgeuntersuchung war

- auf ärztlichen Rat
- wegen familiärer Vorbelastung
- nach überstandener Erkrankung
- wegen sonstigem Grund: _____

notwendig, um

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

spezifizierte Rechnung/en

ist/sind beigefügt.

Bitte nehmen Sie die Erstattung auf folgendes Konto vor:

IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kontoinhaber

Datum

Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung)

Telefonnummer (Angabe freiwillig)