



Merkblatt über die Vergütung von Krankheitskosten

Für Personen, die sich in einem Heim oder im Spital aufhalten

(Ausgabe 01.2022)

Allgemeines

1 Das gesetzliche Maximum der Vergütung von Krankheitskosten (Franchise, Selbstbehalt, Zahnarzt, etc.) für Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen und Spitälern beträgt 6'000 Franken pro Jahr.

Die Vergütung bezieht sich auf folgende Krankheitskosten: Franchise und Selbstbehalt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG), Zahnarzt, Transporte in der Schweiz sowie gewisse Hilfsmittel.

Die Krankheitskosten müssen grundsätzlich in der Schweiz entstanden sein.

Es werden nur die Krankheitskosten jener Familienmitglieder übernommen, die in der Berechnung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV-Rente eingeschlossen sind.

Bitte beachten Sie, dass Sie die Rechnungen selber bezahlen müssen. Trennen Sie deshalb bitte die Einzahlungsscheine ab, bevor Sie uns die Unterlagen zustellen. Die Vergütung wird auf Ihr Konto überwiesen.

Senden Sie uns die Belege (ohne Einzahlungsschein) und Leistungsabrechnungen der Krankenkasse innerhalb von 15 Monaten nach Rechnungsdatum zu. **Nach Ablauf dieser Frist erlischt der Anspruch auf Vergütung.** Bei mehrseitigen Belegen benötigen wir alle Seiten. Bitte senden Sie uns nur Kopien (Originale werden nicht retourniert).

Senden Sie uns keine Arztrechnungen, Mahnungen, Bank-/Postquittungen ein. Anhand dieser Belege können keine Kosten vergütet werden.

Die Zahlung erfolgt in der Regel **innerhalb von 3 Monaten** nach Eingang der vollständigen Unterlagen.

Bitte geben Sie Ihre Versichertennummer auf allen Zuschriften an.

Kostenbeteiligungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG)

2 Die Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten gemäss KVG (Jahresfranchise und Selbstbehalt) können bis zum Betrag von insgesamt **jährlich 1'000 Franken** vergütet werden.

Essensbeiträge von 15 Franken pro Tag bei einem stationären Aufenthalt im Spital können wir nicht vergüten. Dieser Beitrag ist bereits in den Ergänzungsleistungen enthalten.

Wenn Sie während des laufenden Jahres ins Heim eingetreten sind:

Senden Sie uns die Leistungsabrechnungen der Krankenkasse (nur Kopien; Originale werden nicht retourniert) über die selbst bezahlten Krankheitskosten. Wir können Kosten nur vergüten, wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung Anspruch auf Ergänzungsleistungen hatten.

Bewohnerinnen und Bewohner in einem Alters- und Pflegeheim:

Wir überweisen Ihnen bis Ende April automatisch 1'000 Franken (entspricht dem gesetzlichen Maximum für Franchise und Selbstbehalt pro Jahr). Wir benötigen dazu keine Belege von Ihnen.

Bewohnerinnen und Bewohner in einem Heim für Personen mit einer Behinderung:

Senden Sie uns den **Steuernachweis der selbst bezahlten Krankheitskosten** des Vorjahres zu, den Sie anfangs Jahr von der Krankenkasse erhalten. Sollten Sie diesen Nachweis nicht automatisch erhalten, verlangen Sie bei der Krankenkasse eine Bestätigung über die selbst bezahlten Krankheitskosten KVG.

Zahnarzt

3 Bitte informieren Sie Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt **vor** Behandlungsbeginn, dass die Kosten von einer Sozialversicherung zurückerstattet werden. Wir können nur Behandlungen vergüten, die nach UV/MV/IV-Tarif «einfach, wirtschaftlich und zweckmässig» ausgeführt werden (Taxpunkt: 1 Franken). Rechnungen, die nicht nach diesem Tarif abgerechnet sind, müssen wir Ihnen zur Korrektur zurücksenden.

Übersteigen die Kosten 3'000 Franken, ist uns **vor der Behandlung zwingend ein Kostenvoranschlag** einzureichen.

Sollten externe Laborkosten entstehen, benötigen wir zusätzlich auch die detaillierte Laborrechnung.

Verlorene Zahnprothesen: Bevor wir die Vergütung einer verlorenen Zahnprothese prüfen können, muss das Heim / Spital den Verlust seiner Haftpflichtversicherung anmelden. Die Kostengutsprache resp. die Ablehnung des Haftpflichtversicherers muss uns mit dem Kostenvoranschlag eingereicht werden. Der Ersatz einer weiteren verlorenen Zahnprothese wird frühestens nach fünf Jahren neu geprüft.

Transporte in der Schweiz

4 Vergütet werden Kosten für Notfalltransporte, notwendige Verlegungen sowie Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort. Bei Transporten zum Behandlungsort richtet sich die Höhe der Vergütung nach den Kosten für die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Ist die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels behinderungsbedingt unzumutbar, so muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Senden Sie die Rechnung **immer zuerst an Ihre Krankenkasse** ein. Die von der Krankenkasse ausgestellte Leistungsabrechnung können Sie uns anschliessend zusammen mit der Rechnung zusenden.

Wichtiger Hinweis: Die Quittungen müssen mit einem Stempel des medizinischen Behandlungsortes versehen sein.

Brillen und Kontaktlinsen

5 Für Brillen und Kontaktlinsen können wir keine Vergütungen ausrichten.

Hilfsmittel

6 Für **AHV-Rentnerinnen und -Rentner** können gewisse Hilfsmittel (Hörgeräte, Perücken u.a.) finanziert werden, sofern die AHV daran einen Kostenbeitrag geleistet hat. Bitte kontaktieren Sie dazu die IV-Stelle Basel-Stadt (Telefon 061 225 25 25 oder www.ivbs.ch) und verlangen Sie ein Anmeldeformular für Hilfsmittel. Das ausgefüllte Formular ist an die IV-Stelle Basel-Stadt zurückzusenden. Von dort erhalten Sie die Mitteilung, ob und in welchem Umfang ein Beitrag an das Hilfsmittel geleistet wird. Bei Fragen oder Unklarheiten nehmen Sie bitte vor Anschaffung eines Hilfsmittels mit uns Kontakt auf.

Hilfsmittel für **IV-Rentnerinnen und -Rentner** werden von der IV-Stelle Basel-Stadt bezahlt und nicht von uns. Bei Fragen oder Unklarheiten nehmen Sie bitte vor Anschaffung eines Hilfsmittels mit der IV-Stelle Kontakt auf, Telefon 061 225 25 25 oder www.ivbs.ch.

Dieses Merkblatt erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Massgebend im Einzelfall sind die Gesetzesbestimmungen.