

PAUSCHALZAHLUNG - EINSCHREIBUNG DES BEGÜNSTIGTEN – EINSCHREIBEFORMULAR

ANGABEN DES GESUNDHEITS- UND SOZIALZENTRUMS

PROGESUND
AM MARKTPLATZ 14, 4760 BÜLLINGEN
Nr. L.I.K.I.V.: 8-63503-88-101

Das Gesundheits- und Sozialzentrum (G.S.Z.) verpflichtet sich, dem eingeschriebenen Versicherten folgende Leistungen zum Pauschalpreis anzubieten:

Seitens der Ärzte: alle Leistungen, die im Verzeichnis der Gesundheitsleistungen aufgenommen sind, außer technische Leistungen. Die Einschreibung beinhaltet auch, dass die globale medizinische Akte des Patienten von dem G.S.Z. verwaltet wird.

Seitens der Fachkräfte für Krankenpflege: alle Leistungen, die im Verzeichnis der Gesundheitsleistungen aufgenommen sind,

~~Seitens der Heilgymnasten: alle Leistungen, die im Verzeichnis der Gesundheitsleistungen aufgenommen sind;~~

Das G.S.Z. erhält monatlich einen Festbetrag (eine Pauschale) von der Krankenkasse des Versicherten. Dies bedeutet, dass die Versicherten das G.S.Z. für diese ganzen Leistungen nicht mehr bezahlen. Wenn außerhalb der Stunden des Bereitschaftsdienstes für die Bevölkerung, das G.S.Z. sich für Leistungen, welche durch die Pauschale gedeckt sind, an einen Pflegeerbringer wendet, der nicht zum G.S.Z. gehört, werden die für den Teilnehmer durch diese Gelegenheit entstandenen Kosten, einschließlich etwaiger Zuschläge und der Selbstbeteiligung, vom G.S.Z. übernommen.

Die Einschreibung ändert nichts an den Bestimmungen bezüglich Fachärzte. Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel und technischer Leistungen.

Der Teilnehmer kann vor Ablauf jeden Kalendermonats seine Einschreibung kündigen. Die Kündigung muss dem G.S.Z. oder dem Versicherungsträger vor dem Ende des Monats M zugesandt werden, um frühestens im Monat M+1 (und spätestens im Monat M+3) wirksam zu werden.

Die Gruppe von Pflegeerbringern, bei der der Begünstigte eingeschrieben ist, kann die Einschreibung beenden, indem sie sowohl den Begünstigten sowie dessen Versicherungsträger davon benachrichtigen. Wenn diese Notifizierung zwischen dem 1. und dem 15. des Monats M erfolgt, endet die Einschreibung am Ende desselben Monats M; wenn diese Notifizierung nach dem 15. des Monats M erfolgt, endet die Einschreibung am Ende des folgenden Monats (M+1).

Die Entscheidung, die Einschreibung des Patienten zubeenden, , falls sie vom G.S.Z. erlassen wird, beinhaltet, dass zum selben Datum ebenfalls die Einschreibung der anderen Begünstigten desselben Haushalts* beendet wird.

Wenn der Begünstigte sich für Leistungen, welche durch die Pauschale gedeckt sind, an Pflegeerbringer wendet, die nicht zu dem G.S.Z. gehören, werden die durch diese Gelegenheit entstandenen Kosten, ausgenommen der Selbstbeteiligung, in den nächsten vier Fällen vom G.S.Z. übernommen:

1. wenn die Leistungen außerhalb der geographischen Zone des G.S.Z. erbracht wurden, d.h. außerhalb der Gemeinden 4760 Büllingen, 4750 Bütgenbach, 4780 Sankt Vith und 4770 Amel;

2. wenn es sich, innerhalb der Zone des G.S.Z., um Leistungen handelt, die durch einen Kollegen, der nicht zum G.S.Z. gehört, erbracht wurden im Rahmen einer organisierten Dienstbereitschaft und falls das G.S.Z. eine solche Dienstbereitschaft nicht gewährleistet

3. wenn die Leistungen durch eine Fachkraft für Krankenpflege oder eine(n) Heilgymnasten(-In), die bzw. der nicht zum G.S.Z. gehört, erbracht wurden, aber die durch einen Arzt des G.S.Z. verschrieben wurden

4. wenn das G.S.Z. sich einverstanden erklärt hat, dass die Leistungen durch einen anderen Pflegeerbringer erfolgen.

In allen anderen Fällen hat der Begünstigte die Kosten selbst zu tragen, da die Krankenkasse dem Begünstigten die Rückzahlung der Leistungen nicht gewähren kann. Falls das G.S.Z. sein Leistungsangebot erweitert (Allgemeinmedizin und/oder Heilgymnastik und/oder Krankenpflege), wird vom Patienten angenommen, dem er automatisch dem gesamten Leistungsangebot beiträgt. In den ersten drei Monaten nach der Einschreibung bittet der Eingeschriebene die Krankenkasse (nicht) ⁽¹⁾, um eine Rückerstattung pro Leistung.

IDENTIFIZIERUNG DES BEGÜNSTIGTEN:

NAME:
VORNAME :
GEBURTSDATUM:
GESCHLECHT:
ADRESSE:
KRANKENKASSE:
NATIONALREGISTRENUMMER:
TELEFONNUMMER:
E-MAIL ADRESSE.....
Datum.....

Für den Eingeschriebenen:

Unterschrift.....

Unterschrift(en) des:

-Eingeschriebenen

-Rechtlichen Vormundes des Eingeschriebenen (2).

Feld der Vignette vorbehalten

Datum:

Für das G.S.Z.:

Unterschrift:

Stempel: Dr. Philip Wojtowski
Auf den Burgfeldern 2
4750 Bütgenbach
1.0916755.004

. (1) Nichtzutreffendes bitte streichen 2) Erforderlich falls es sich um einen Minderjährigen unter 14 Jahren handelt

