



## Achtung !!! Wichtige Änderungen !!!

### Was muß ich ab 01.01.2004 bei der Krankenbehandlung beachten

1. Erhalten Sie Leistungen nach § 3 AsylbLG (grüner Krankenschein)? Für Sie ändert sich nichts. Sie sind auch weiterhin von den Zuzahlungen befreit.  
– Keine Praxisgebühr, keine Zuzahlung zu Medikamenten und Heilmitteln –
  2. Erhalten Sie Leistungen nach § 2 AsylbLG (bisher weißer Krankenschein)?  
Sie müssen jetzt folgendes beachten:
    - a) Sie erhalten keinen Krankenschein mehr vom Sozialamt, sondern von der von Ihnen ausgewählten Krankenkasse eine Chipkarte. Diese ist bei jeder Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung vorzulegen. Müssen Sie einen Arzt aufsuchen und haben noch keine Chipkarte, stellt Ihnen das Sozialamt eine Bescheinigung über die erfolgte Anmeldung bei der Krankenkasse aus. Diese Bescheinigung ist dem Arzt vorzulegen.
    - b) Für jeden Arzt- und Zahnarztbesuch im Quartal ist eine Praxisgebühr in Höhe von 10,- € zu zahlen.  
Minderjährige Kinder sind von der Zahlung befreit.
    - c) Bei allen verordneten Arzneimitteln, Heilmitteln, ärztlichen Verordnungen (z.B. häusliche Krankenpflege) und Hilfsmitteln ist eine Zuzahlung zu leisten. (Mindestens 5,00 € aber höchstens 10,00 €)
  3. Wieviel muß ich höchstens zuzahlen ?  
Im Kalenderjahr muss insgesamt eine Kostenbeteiligung von 71,04 € gezahlt werden. Dieser Betrag ist die Höchstgrenze. Wenn dieser Höchstbetrag erreicht wurde, kann bei der Krankenkasse eine Befreiung von der Zuzahlung für das restliche Kalenderjahr beantragt werden.  
Aber beachten !!!!!  
Die bereits geleisteten Zahlungen müssen nachgewiesen werden. Alle Quittungen – Praxisgebühr, Zuzahlung bei Medikamenten etc. – sind aufzuheben und der Krankenkasse vorzulegen.  
Nicht nachgewiesene Zahlungen werden nicht berücksichtigt.
1. Die Belastungsgrenze für die Zuzahlung bei chronisch Kranken beträgt 35,52 €. Die chronische Erkrankung muss mit einer ärztlichen Bescheinigung bei der Krankenkasse nachgewiesen werden. Die AOK stellt entsprechende Formulare zur Verfügung, Kosten entstehen nicht. Wer sich für eine andere Krankenkasse entschieden hat muß dort nachfragen, ob für den Nachweis ein Formular zur Verfügung gestellt wird.
  2. Eine Brille wird nur noch bei Kindern und Jugendlichen und bei schwer Sehbeeinträchtigten gewährt. Die Bestimmung der Sehschärfe wird vom Arzt vorgenommen, die Entscheidung über die Leistung trifft die Krankenkasse.



## Pažnja !!

### Važne izmene u vašem lecenju od 01.01.2004

1. Ako primete socialno po paragrafu 3 (dosadašnji zeleni krankensajni). Za vas se ne menja ništa. Vi ste i dalje oslobodjeni svake doplate, što znaci, ne placate kod vašeg lekara i ne placate recepte.
2. Primete socijalno po paragrafu 2 (dosadašnji beli krankensajni) onda obratite pažnju na sledece izmene :
  - a) Vi ne dobijate više kao do sada krankensajne od vaše socijale vec cipkarticu od krankenkase koju ste odabrali. Ovu karticu morate kod svake posete lekara da pokažete. Ako morate kod lekara, a jos uvek nemate karticu, dobijate od vaše socijale potvrdu da ste prijavljeni krankenkasi. Ovu potvrdu možete pokazati lekaru.
  - b) U okviru jednog kvartala morate kod svake posete lekara ili zubara da platite taksu u visini od 10 evra Maloletna deca su oslobodjena takse.
  - c) Kod svakog lekarskog prepisa lekova, pomocnih utenzila kao i kucne nege morate takodje doplatiti i to najmanje 5 ali najviše 10 evra.
3. Koliko morate najviše doplatiti ? U okviru jedne godine vaše ucešce iznosi najviše 71,04 evra kad dostignete ovu sumu, možete kod vaše krankenkase da predate zahtev da vas oslobodi dajnjeg doplacivanja za sledecu godinu ali. Obratite pažnju !! da o svakom vašem ucešcu morate da sacuvate racune i ove priložite kod krankenkase.  
Ako ove ne priložite necete biti oslobodjeni.
4. Hronicno bolesni pacijenti placaju ubuduće 35,52 evra. Koji pacijenti spadaju u grupu hronicno bolesnih, dokazace ovo krankenkasi, sa potvrdom od svog lekara.  
AOK za ovo izdaje besplatne formulare. Ako ste se odlucili za druge krankenkase, onda upitajte tamo za formulare.
5. Kod naocara nema izmena samo kod maloletnika i pacijenata sa velikom dioptrijom i smetnjama u vidu. Do koje mere jedan pacijent ima smetnje u vidu, potvrđuje mu njegov ocni lekar, pa na osnovu toga krankenkasa odlucuje o svom ucešcu.



**Vini Re !!!**  
**Ndryshime të rëndë si shme !!!**  
**Çfarë duhet të kem unë parasysh mbas**  
**datës 01.01.2004 në lamin e shërbimit**  
**mjekësor.**

1. A merrni ju shërbimet sociale sipas § 3 AsylbLG (pra a merrni Ju dëftesë për shërbim mjekësor me ngjyrë jeshile) ? Në se po, atëhere për Ju nuk ndryshon kurrfarëgjaje. Pra, si edhe më parë Ju nuk do të paguani taksën e mjekut (prej 10€), as edhe pagesa shtesa për barnat mjekësore dhe mjete shëruese.
2. A merrni Ju shërbimet sociale sipas § 2 AsylbLG (pra a merrni Ju dëftesë për shërbim mjekësor me ngjyre të bardhë) ? Në se po, tani e tutje duhet të mbani parasysh geramat e mëposhtëme :
  - a) Ju nuk do të merrni më tutje prej entit të socialit dëftesën për shërbim mjekësor, perndryshe Ju do të merrni prej Kasës (Arkës) mjekësore që ju e keni zgjedhur vetë, një Chipkarte. Kjo Chipkarte duhet paraqitur mjekut sa herë që Ju shkoni me u vizitue tek ai. Për periudhën – kohën që Ju hala nuk keni marrë prej Kases mjekësore kete Chipkarte, enti i socialit ju jep Ju një vërtetim, të cilin Ju duhet të ja paraqitni dhe dorëzoni mjekut.
  - b) Ju duhet të paguani 10 € taksë në cdo 3 muaj tek mjeku i përgjithshëm dhe 10€ taksë në cdo 3 muaj tek mjeku i dhambeve. Fëmijët e vegjël janë të liruar prej këtyre dy pagesave – taksa.
  - c) Për çfarë do lloji barnash ose medikamentesh që mjeku shkruan për Ju (edhe në rastet kur mjeku shkruan për Ju kujdes mjekësor në banesë), Ju duhet të paguani një shtesë të hollash. ( Ma së paku 5 € dhe ma së shumti 10 €).
3. Sa të holla duhet me pague unë ma së shumti ? Brenda 1 viti kalendarik duhet me pague gjithsejt 71,04 € Kjo shumë të hollash është kufini maksimal. Në qoftëse Ju e keni arritur këtë shumë të hollash, atëhere Ju duhet me ba një kërkesë tek Kasa e shërbimit mjekësor për me liruar nga pagesat e tjera per periudhëe mbetur deri në fundin e vitit kalendarik.  
**Porse duhet me pasë shumë kujdes !!!**  
Të gjitha pagesat që ju keni ba duhet të vërtetohen. Për këtë Ju duhet të grumbulloni të gjitha dëftesë – pagesat si përshembull – dëftesë – pagesën për taksën e mjekut, dëftesë – pagesën për barnat e të tjera si këto, dhe të gjitha sëbashku të ja paraqitni Kasës mjekësore. **Pagesat që Ju nuk i vërtetoni, nuk merren parasysh.**
4. Kufini i pagesave për personat me sëmundje kronike është 35,52 € Personi me sëmundje kronike duhet të paraqesë pranë Kasës mjekësore Vërtetimin përkatës të lëshuar nga mjeku juaj, i cili provon se Ju jeni i sëmurë kronik per ketë Kasa mjekësore AOK ven për Ju në dispozicion formularin përkatës pa pagesë. Nëqoftëse Ju keni zgjedhur një Kasë mjekësore tjetër (pra jo AOK), Ju duhet të interesoheni vetë pranë asaj Kase mjekësore në se ajo Ju ven në dispozicion formularin me anë të cilit mjeku duhet të vërtetojë se Ju jeni i semurë kronik.
5. Vetëm fëmijët dhe të rinjtë si dhe personat me shikim të dëmtuar rëndë kanë të drejtë për syze – gjyslyke. Shkalla e dëmtimit të shikimit përcaktohet nga mjeku ndërsa, vendimin ka të drejtë me e marrë Kasa mjekësore.

