

An PZS/Magistratskrankenfürsorge	Eingangsstempel MKF
Ansuchen um Rezeptgebührendeckelung	

Bitte beachten Sie, dass nur dann eine Bearbeitung gewährleistet werden kann, wenn die mit * gekennzeichneten Pflichtfelder vollständig ausgefüllt sind.

Nachname, Vorname, Titel *		SV-Nr. und Geburtsdatum *
Wohnadresse (Straße und Hausnummer) *	PLZ *	Ort *
Telefon (optional)	E-Mail-Adresse ⓘ	

ⓘ Mit der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse ermächtigen Sie die MKF, auch auf diesem Weg mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

Die Rezeptgebührenobergrenze ist mit 2 % des Jahresnettoeinkommens (ohne Berücksichtigung der Sonderzahlungen) festgelegt. Übersteigen die von Ihnen und Ihren mitversicherten Angehörigen geleisteten Ausgaben für Medikamente die 2 %-Grenze, wird Ihnen der entsprechende Betrag von der Magistratskrankenfürsorge (MKF) rückerstattet, wobei jede/r Versicherte mindestens 37 Rezeptgebühren pro Jahr zu leisten hat.

Es können nur tatsächlich geleistete Rezeptgebühren bei der Berechnung berücksichtigt werden. Ausgaben für Privatkäufe oder Medikamentenkosten unter der im jeweiligen Jahr geltenden Rezeptgebühr fließen nicht in die Berechnung mit ein.

Das Ansuchen kann erst nach Ablauf eines Jahres gestellt werden und umfasst immer den Zeitraum vom 01.01. bis zum 31.12. des Vorjahres.

Bitte legen Sie Ihrem Ansuchen folgende/n Nachweis/e (in Kopie) bei:

- Nachweis/e (Ausdruck/e) über die in der/den Apotheke/n oder bei den Hausärzt*innen in einem Kalenderjahr geleisteten Rezeptgebühren für Sie und Ihre mitversicherten Angehörigen.

Die von Ihnen bekanntgegebenen Daten werden im Magistrat Linz über einen Zeitraum von 7 Jahren nach Abschluss des Verfahrens gespeichert.

Im Zusammenhang mit der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht auf Auskunft, Richtigstellung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung sowie das Recht Beschwerde bei der Datenschutzbehörde zu erheben.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten: Mag. Siegfried Gruber (O.P.P.), Tel: 0732 7070, E-Mail: datenschutz@mag.linz.at

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner getätigten Angaben und nehme zur Kenntnis, dass der von der MKF im Falle einer Anspruchsberechtigung ausbezahlte Betrag bei nachträglicher Feststellung von unvollständigen oder unrichtigen Angaben rückerstattet werden muss.

—

Datum, Unterschrift des/der Hauptversicherten