

Leistungsmerkmale BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG.

(EINZELVERSICHERUNG)

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen, heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der BestMed Kombitarife zur GKV. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind. Die Prozentangaben beziehen sich auf die nach Anrechnung etwaiger Leistungen der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen und nicht auf den Rechnungsbetrag. Wichtig: Um die Leistungen des Tarifs BMG in Anspruch zu nehmen ist die Wahl der „Kostenerstattung“ ein Muss. Mehr dazu auf der Rückseite.

| AMBULANTE LEISTUNGEN | BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG/0-3 |
|---|--|
| Ärztliche Behandlung | <p>Ja. Versichert sind 100 % für ambulante Behandlungen und Untersuchung; freie Wahl unter niedergelassenen approbierten Ärzten.</p> <p>Versichert sind ärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte. Für Aufwendungen über die Höchstsätze hinaus erfolgt eine Erstattung, wenn diese durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Die Aufwendungen müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.</p> |
| Arznei- und Verbandmittel | Ja. 100 % für ärztlich verordnete (verschreibungs- und nicht verschreibungspflichtige) Arznei- und Verbandmittel. |
| Heilpraktiker | <p>Ja. Bis zu 80 % der Kosten bis 1.000 Euro pro Jahr.</p> <p>Es besteht freie Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Versichert sind alle Behandlungen, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind sowie hierzu verordnete Arzneimittel.</p> <p>Nicht versichert ist eine vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie.</p> |
| Naturheilverfahren | <p>Ja. Bis zu 80 % der Kosten bis 1.000 Euro pro Jahr.</p> <p>Versichert sind alle Behandlungsmethoden, die im Hufelandverzeichnis enthalten sind. Dazu gehören beispielsweise Homöopathie, Akupunktur, Bioelektronische Funktionsdiagnostik, Osteopathie und Sauerstofftherapien.</p> |
| Sehhilfen | <p>Ja. Bis zu 500 Euro innerhalb von 24 Monaten, für Neuanschaffungen oder Reparatur.</p> <p>Sehhilfen sind Brillengestelle und Gläser sowie Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen.</p> |
| Augenlasik | Ja. 100 % nach vorheriger schriftlicher Zusage. |
| Heilmittel | <p>Ja. 100 % der Kosten für alle Heilmittel aus dem tariflichen Heilmittelverzeichnis. Dazu gehören beispielsweise Krankengymnastik, Massagen, Logopädie oder Ergotherapie, Osteopathie, Podologie.</p> <p>Voraussetzung ist die Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker. Die Leistungen müssen von staatlich anerkannten therapeutischen Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeut) erbracht werden.</p> |
| Hilfsmittel (außer Sehhilfen) | <p>Ja. 100 % der Kosten für bestimmte aufgezählte Hilfsmittel (z. B. Gehstützen). Diese können ohne vorherige Zusage direkt bezogen werden.</p> <p>Weitere Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog) werden nach vorheriger Zusage zu 100 % erstattet.</p> <p>Voraussetzung ist die Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker.</p> |
| Psychotherapie | <p>Ja. Die Erstattung ist wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % bis zu 30 Sitzungen – Bis zu 80 % von der 31. Sitzung an – Bis zu 70 % von der 61. Sitzung an <p>Die vorherige schriftliche Zusage ist nur dann erforderlich, wenn die GKV nicht vorleistet.</p> |
| Entziehungsmaßnahmen ambulant/stationär | <p>Ja. 100 % für 3 Maßnahmen.</p> <p>Voraussetzung ist die vorherige schriftliche Zusage.</p> |

Leistungsmerkmale BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG.

| AMBULANTE LEISTUNGEN | BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG/0-3 |
|---|---|
| Vorsorgeuntersuchungen | Ja. Auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus. Die Kosten erstatten wir bis zu 100 %. |
| Schutzimpfungen | Ja. 100 % für Impfungen, die von der STIKO und der DTG empfohlen werden. Die Regelung gilt auch für Reiseimpfungen. |
| Krankentransporte | Ja. 100 % für Transporte nach einem Unfall oder im Notfall – Zum nächst erreichbaren Arzt – Zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus 100 % zu/von ambulanter Dialysebehandlung/Röntgentiefen- und Chemotherapie 100 % zu/von medizinisch notwendigen ambulanten Behandlungen, wenn eine bestimmte Schwerbehinderung (z. B. außergewöhnliche Gehbehinderung, Blindheit oder Hilfslosigkeit) oder Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen 2–3 vorliegt. |
| Kinderwunschbehandlung | Ja. 100 % je Behandlungsmethode bis zu drei- bzw. bis zu sechsmal. Die Begrenzung der Maßnahmen gilt nur, sollte die GKV nicht leisten. |
| Ambulante Entbindung | Ja. 100 % für die Kosten einer ambulanten Entbindung. Zusätzlich zahlen wir eine Entbindungspauschale pro Geburt für versicherte Frauen in Höhe von 1.000 Euro zur freien Verfügung. |
| Hebamme | Ja. 100 % für Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger. |
| Ambulante Operationen | Ja. 100 % Erstattung der Kosten einer ambulanten Operation. Zusätzlich wird eine Pauschale (nur für bestimmte Operationen) in Höhe von 200 Euro zur freien Verfügung gezahlt. |
| ZAHNLEISTUNGEN | |
| Zahnbehandlung | Ja. 100 % für die Zahnbehandlung, einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. |
| Zahnersatz, Einlagefüllungen und Kronen | Ja. Bis zu 85 % für Inlays, Kronen, Brücken, Zahnprothesen. |
| Implantate | Ja. Bis zu 85 % für Implantate, bei bis zu max. 6 Implantaten je Kiefer. |
| Kieferorthopädie | Ja. 100 % der Kosten bei Behandlungsbeginn bis zum 19. Lebensjahr. |
| Zahnprophylaxe | Ja. 100 % für eine Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung. |
| Leistungsbegrenzung je Versicherungsjahr für Zahnersatz, Einlagefüllungen, Kronen, Implantate | Ja. Die Leistung für Zahnersatz, Einlagefüllungen, Kronen und Implantate ist wie folgt begrenzt: – im 1. Jahr bis zu 1.000 Euro – in den ersten 2 Jahren bis zu 2.000 Euro – in den ersten 3 Jahren bis zu 3.000 Euro – in den ersten 4 Jahren bis zu 4.000 Euro – in den ersten 5 Jahren bis zu 5.000 Euro Die Staffel entfällt ab dem 6. Jahr und immer bei Unfall. |
| STATIONÄRE LEISTUNGEN | |
| Freie Krankenhauswahl | Ja. Ausnahme mit Zusagevorbehalt: Krankenhäuser, die auch Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. |
| Privatärztliche Behandlung | Ja. Versichert sind ärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte. Für Aufwendungen über die Höchstsätze hinaus erfolgt eine Erstattung, wenn diese durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Die Aufwendungen müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein. |
| Übernahme der Kosten für die Unterbringung im 2-Bett-Zimmer | Ja. 100 % für das 2-Bett-Zimmer, 60 % für das 1-Bett-Zimmer, wenn das 2-Bett-Zimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört. |
| Übernahme der Kosten für die Unterbringung im 1-Bett-Zimmer | Nein. Über die Aufbaustufe BMZ1G kann jedoch das 1-Bett-Zimmer hinzuversichert werden. |

Leistungsmerkmale BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG.

| LEISTUNGEN IM AUSLAND | BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG/0-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|---------|-----------|-------|-------|------------------------|-------|---------|---------|---------|-----------------------------------|-------|---------|---------|---------|-----------------------|-------|---------|---------|-----------|
| Vorübergehender Auslandsaufenthalt. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein. | <p>Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Die Behandlungskosten werden bis zu der Höhe übernommen, wie sie im jeweiligen Land üblich sind.</p> <p>Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 6 Monaten. Bei Reiseunfähigkeit max. weitere 2 Monate. Die Behandlungskosten werden bis zur doppelten Höhe übernommen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden. Für einen notwendigen Krankenrücktransport werden 100 % der zusätzlichen Kosten übernommen, wenn der Rücktransport über die DKV organisiert wird. Sonst 80 %.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALLGEMEINE LEISTUNGEN UND BESONDERHEITEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selbstbehalt | <p>Ja. Den Selbstbehalt für alle Leistungsbereiche – ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung können Sie wie folgt wählen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BMG/0</th> <th>BMG/1</th> <th>BMG/2</th> <th>BMG/3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>bis zum 15. Lebensjahr</td> <td>0 EUR</td> <td>200 EUR</td> <td>400 EUR</td> <td>800 EUR</td> </tr> <tr> <td>ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr</td> <td>0 EUR</td> <td>200 EUR</td> <td>400 EUR</td> <td>800 EUR</td> </tr> <tr> <td>ab dem 20. Lebensjahr</td> <td>0 EUR</td> <td>400 EUR</td> <td>800 EUR</td> <td>1.600 EUR</td> </tr> </tbody> </table> <p>Folgende Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet: – Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen – Professionelle Zahnreinigung und Individual-Prophylaxe – Pauschalen, z. B. für eine Entbindung oder für eine ambulante Operation.</p> <p>Jeweils zum 01.01. eines Jahres kann ohne Gesundheitsprüfung in eine der vier Selbstbehaltstufen gewechselt werden.</p> | | BMG/0 | BMG/1 | BMG/2 | BMG/3 | bis zum 15. Lebensjahr | 0 EUR | 200 EUR | 400 EUR | 800 EUR | ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr | 0 EUR | 200 EUR | 400 EUR | 800 EUR | ab dem 20. Lebensjahr | 0 EUR | 400 EUR | 800 EUR | 1.600 EUR |
| | BMG/0 | BMG/1 | BMG/2 | BMG/3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| bis zum 15. Lebensjahr | 0 EUR | 200 EUR | 400 EUR | 800 EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr | 0 EUR | 200 EUR | 400 EUR | 800 EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ab dem 20. Lebensjahr | 0 EUR | 400 EUR | 800 EUR | 1.600 EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beitragsrückerstattung (Über die Art der Vergabe und die Höhe der Beitragsrückerstattung wird jedes Jahr mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders neu entschieden.) | Nein. Für die Tarife BMG wird keine Beitragsrückerstattung vergeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Optionsrecht, zu erleichterten Bedingungen den Versicherungsschutz optimieren | <p>Ja. Zu erleichterten Bedingungen kann die Aufbaustufe BestMed Kombitarif Krankenhaus BMZ1G hinzuversichert werden. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach einem BestMed Kombitarif BMG bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen hat. Das Optionsrecht kann zu zwei Terminen ausgeübt werden: Zu Beginn des 4. Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung. Zu Beginn des 6. Versicherungsjahres kann das Optionsrecht mit Gesundheitsprüfung und ggf. Risikozuschlag ausgeübt werden.</p> <p>Bei einer Beendigung der Versicherung in der GKV kann unter bestimmten Voraussetzungen ohne Gesundheitsprüfung in eine private Krankheitskostenvollversicherung der DKV gewechselt werden.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss | Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag nicht zustande kommen oder eventuell ein Zuschlag bzw. ein Ausschluss von Krankheiten vereinbart werden. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anpassung der Versicherungsbeiträge | Ja, ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Versicherungsbeiträge führen. Auf jeden Fall muss die Anpassung von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt werden. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serviceleistungen | <p>Ja. Umfangreiche Leistungen des</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitstelefon und – 24-Stunden-Notruf-Services. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Leistungsmerkmale BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG.

Wichtige Informationen

Möchten Sie zum Privatpatienten werden und die besonderen Leistungen der BestMed Kombitarife zur GKV (Tarif BMG) in Anspruch nehmen, ist die Kostenerstattung ein Muss!

So kann Ihr Arzt Sie als Privatpatient behandeln. Und Sie können damit auch Leistungen in Anspruch nehmen, die über die gesetzlich festgelegten Leistungen der Krankenkasse hinausgehen.

Nach dem Abschluss der Antragsprüfung informieren Sie bitte ihre gesetzliche Krankenkasse, dass Sie über das Kostenerstattungsverfahren abrechnen möchten.

Die Kostenerstattung muss mit Versicherungsbeginn für die Bereiche

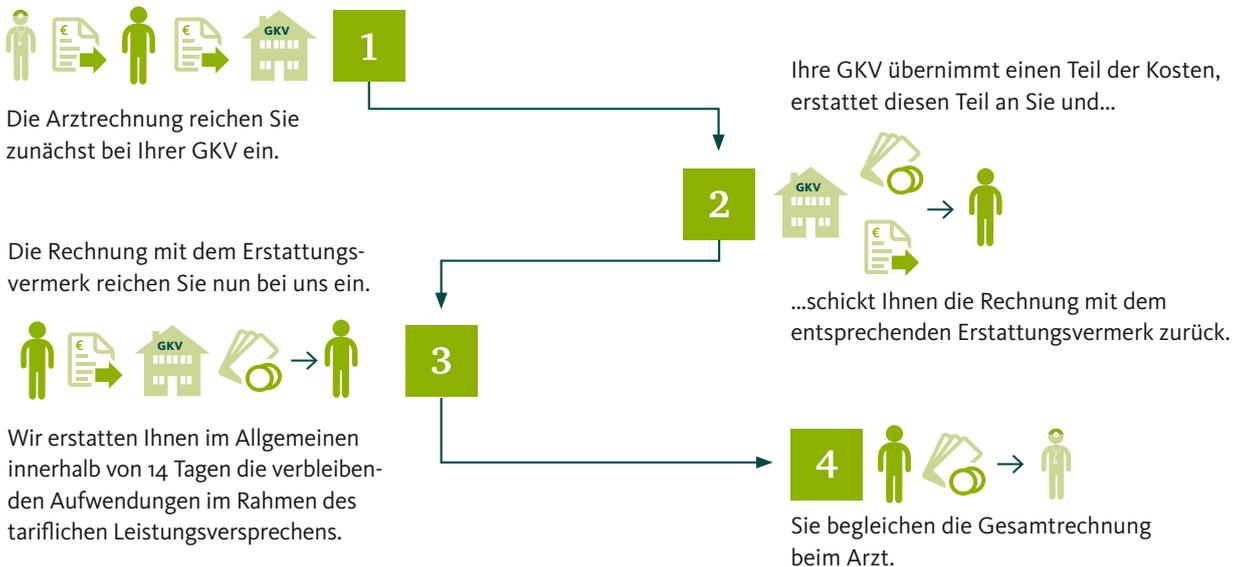
- ambulante ärztliche Versorgung
- ambulante zahnärztliche Versorgung und
- ärztlich/zahnärztlich veranlasste Versorgung vereinbart sein.

Daher empfehlen wir Ihnen, frühzeitig in Erfahrung zu bringen, ob es Fristen für die Umstellung auf das GKV-Kostenerstattungsverfahren bei Ihrer Krankenkasse gibt.

Wichtig:

Im Tarif BMG sollten Sie die Kostenerstattung nicht für stationäre Leistungen (Krankenhaus) wählen. Sie werden dennoch auch im Krankenhaus wie ein Privatpatient behandelt. Die Abrechnung der Allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt aber weiter zwischen Krankenhaus und Krankenkasse.

Vier Schritte für eine reibungslose Leistungserstattung.



Tipps zur Leistungsabrechnung

Muss ich mit der „Kostenerstattung“ in Vorleistung gehen?

- Bei ambulanten oder zahnärztlichen Behandlungen erhalten Sie eine Rechnung mit einer Zahlungsfrist, die ausreicht, um Ihre Rechnungen fristgerecht zu zahlen. Im Allgemeinen haben Sie eine Zahlungsfrist von 30 Tagen.
- Zuerst reichen Sie die Rechnung bei Ihrer Krankenkasse und im Anschluss bei uns ein. Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse und von uns eine Erstattung. Im Anschluss können Sie dann Ihre Rechnung beim Arzt fristgemäß bezahlen.
- Unser DKV-Leistungsservice: wir bearbeiten Ihren Leistungsantrag im Allgemeinen innerhalb von 14 Tagen.
- Lediglich beim Kauf von Medikamenten in der Apotheke oder z. B. beim Kauf von Hilfsmitteln (z. B. Brillen) gehen Sie in Vorleistung, da hier üblicherweise sofort bezahlt werden muss.

Hinweise und Tipps:

- Reichen Sie immer die Originalrechnungen und Originalbelege bei der GKV ein.
- Behalten Sie die Duplikate bzw. erstellen Sie für eine spätere Kontrolle der Abrechnung (digitale) Kopien.
- Auf Rezepten müssen Stempel und Unterschrift des Arztes sowie der Apotheke enthalten sein.
- Für die Zuordnung von Leistungen zum Kalenderjahr gilt das Datum des Leistungsbezugs, nicht das Rechnungsdatum. Bei Rezepten ist beispielsweise der Datumsstempel der Apotheke maßgeblich und nicht der Tag, an dem das Rezept ausgestellt wurde.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln
service@dkv.com
www.dkv.com

Telefon 0 800 / 3 74 64 44 (gebührenfrei)*
Telefax 0 18 05 / 78 60 00
(14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz;
max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

* oder aus dem Ausland + 49 / 221 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunknetzbetreibers)