

Leistungsmerkmale KombiMed Ambulant

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

(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 KombiMed-Produkte im Vergleich. 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 den AVB erstattungsfähigen Aufwendungen und nicht auf den Rechnungsbetrag.

LEISTUNGSMERKMALE	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP
ärztliche Behandlung	Ja. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
Arznei- und Verbandmittel	Ja. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse für alle ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmittel. Ausnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Mittel zur Empfängnisverhütung, • Präparate wegen erektiler Dysfunktion oder zur Steigerung der sexuellen Potenz, • Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts, • Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses, • Präparate zur Raucherentwöhnung, • Präparate zur Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischen Behandlung (z. B. Faltenglättung), • Vitaminpräparate außerhalb der gezielten Behandlung von Vitaminmangelerkrankungen, • kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze, • Stärkungsmittel, Mineralwässer sowie Nahrungsmittel, sofern nicht medizinisch notwendige Sondennahrung.
Heilpraktiker, einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel	Ja. Bis maximal 1.000 EURO je Versicherungsjahr. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse für alle Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Aufwendungen für eine vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie sind nicht versichert.
Naturheilverfahren, einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel	Ja. Bis maximal 1.000 EURO je Versicherungsjahr. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse für alle Leistungen gemäß Hufelandverzeichnis.
Augenlasik	Ja. Nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage, 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse.
Heilmittel (z. B. Massagen, Bäder, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie)	Ja. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse bis zu den Höchstsätzen im Heilmittelverzeichnis.
Hilfsmittel, außer Sehhilfen und Hörgeräte	Ja. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse für alle ärztlich verordneten. Folgende Hilfsmittel können ohne schriftliche Zusage direkt bezogen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Bandagen, • Blindenstock, • Bruchbänder, • Einlagen zur Fußkorrektur, • Gehstützen, • Inhalationsgeräte, • Kompressionsstrümpfe, • Korrekturschienen, • orthopädische Maßschuhe (erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der 100 EURO – bis zum 20. Lebensjahr 50 EURO – übersteigt), • orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, • Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf). Bei allen anderen Hilfsmitteln ist unsere vorherige schriftliche Zusage erforderlich.
Sehhilfen	Ja. Bis maximal 500 EURO innerhalb von 24 Monaten. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse.
Hörgeräte	Ja. Je Hörgerät 100 % bis maximal 1.000 EURO nach Vorleistung und 85 % bis maximal 850 EURO ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, außer Aufwendungen für Gebrauch (z. B. Batterien) und Pflege (z. B. Reinigungsmittel).

Leistungsmerkmale KombiMed Ambulant

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

LEISTUNGSMERKMALE	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP
Psychotherapie	Ja. Nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse: 100 % für die ersten 30 Sitzungen, 80 % von der 31. Sitzung an, 70 % von der 61. Sitzung an. Ohne Vorleistung: nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage 85 % für die ersten 30 Sitzungen, 70 % von der 31. Sitzung an, 50 % von der 61. Sitzung an.
Entziehungsmaßnahmen	Ja. Nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage, 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse. Die Anzahl der Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt.
Vorsorgeuntersuchungen	Ja. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse für alle gesetzlich eingeführten Programme, unabhängig von den gesetzlichen Altersgrenzen.
Schutzimpfungen	Ja. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse für alle von der Ständigen Impfkommission (STIKO) bzw. Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlenen Schutzimpfungen.
Transport im Notfall zum Arzt bzw. ins Krankenhaus	Ja. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse.
Kinderwunschbehandlung	Ja. Sofern die in den AVB genannten besonderen Leistungsvoraussetzungen für die Kinderwunschbehandlung erfüllt sind: 100 % nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse und 85% ohne Vorleistung, bis zu den in den AVB genannten Leistungsgrenzen. Aufgrund der in den AVB genannten besonderen Leistungsvoraussetzungen bzw. Leistungsgrenzen empfehlen wir bei fehlender Vorleistung, uns den Behandlungsplan vorzulegen. Wir informieren Sie dann über die zu erwartende Erstattungsleistung.
Hebamme	Ja. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise.
Häusliche Behandlungspflege	Ja. 100 % nach Vorleistung und 85 % ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse.
Gesetzliche Zuzahlungen	Ja. 100 % für alle gesetzlichen Zuzahlungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den versicherten Leistungen stehen.
LEISTUNGEN IM AUSLAND	
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in der Schweiz.
ALLGEMEINE LEISTUNGEN UND BESONDERHEITEN	
Selbstbehalt	Ja, den Selbstbehalt können Sie wie folgt wählen: <ul style="list-style-type: none"> • bis zum 20. Lebensjahr: 0 EURO oder 150 EURO pro Jahr • ab dem 20. Lebensjahr: 0 EURO oder 300 EURO pro Jahr
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein. Wartezeiten gibt es nicht.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag nicht zustande kommen oder eventuell ein Zuschlag für bzw. ein Ausschluss von Krankheiten vereinbart werden.
Planmäßige Erhöhung der Versicherungsbeiträge zu festen Terminen	Ja. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
Anpassung der Versicherungsbeiträge	Ja, ist möglich. Es wird jedes Jahr geprüft, ob die Beiträge angepasst werden müssen. Dies kann dazu führen, dass sich die Versicherungsbeiträge erhöhen oder vermindern.

Wichtige Informationen

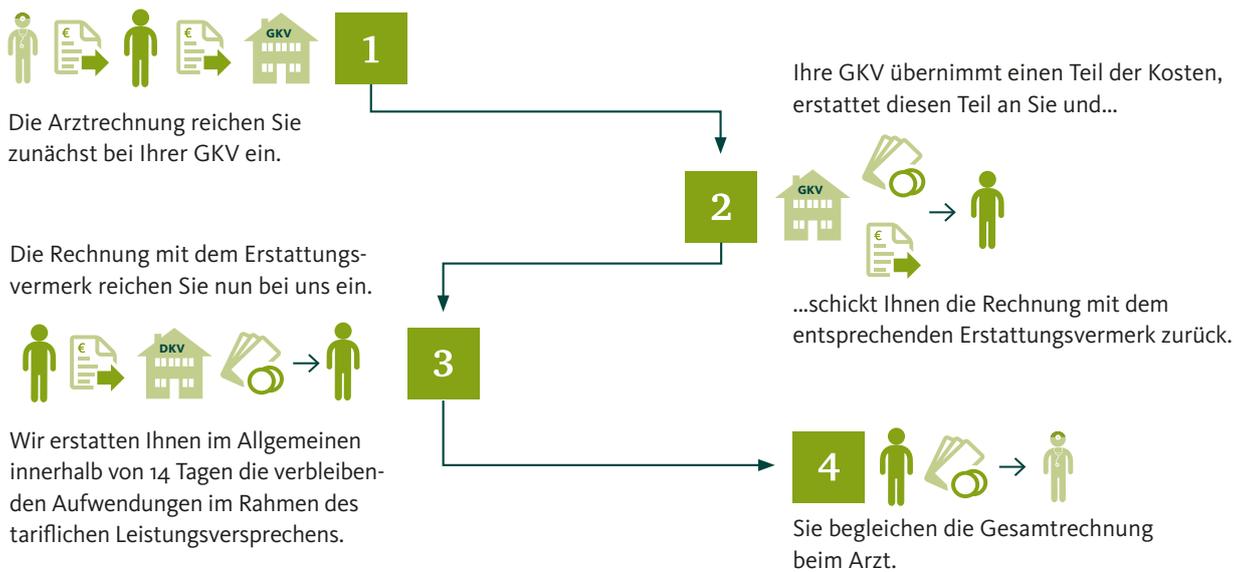
Der Tarif KAMP bietet einen Privatpatientenstatus. Die Wahl der „Kostenerstattung“ ist dabei ein Muss und verbindliche Vertragsgrundlage. Nur mit Vereinbarung der Kostenerstattung ab Versicherungsbeginn können Sie die besonderen Leistungen des Tarifs KAMP in Anspruch nehmen. Sie ist zwingend erforderlich, damit Ihre Tarifleistung unter Berücksichtigung der GKV-Leistungen von uns ermittelt und ausgezahlt werden kann.

Für den Tarif KAMP vereinbaren Sie mit Ihrer Krankenkasse die Kostenerstattung für:

- ärztliche Leistungen und
- ärztlich veranlasste Leistungen vereinbart sein. Hierzu zählen Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel.

Viele Krankenkassen bieten für die Beantragung spezielle Formulare an.

Vier Schritte für eine reibungslose Leistungserstattung.



Muss ich mit der „Kostenerstattung“ in Vorleistung gehen?

- Bei ambulanten 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 Datumstempel 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. Mobilfunkanbieters)

