

Ihr „Ja“ zur Kostenerstattung. Mit dem Tarif BMG zum Privatpatienten.

Als gesetzlich Krankenversicherter legen Sie bei einem Arztbesuch die Versichertenkarte vor. Ihr Arzt rechnet dann direkt mit der Krankenkasse ab. Diese Prozedur ist allgemein bekannt und wird als „Sachleistungsprinzip“ bezeichnet. Dieses Abrechnungssystem ist recht bequem. Leider ist es jedoch sehr intransparent, da der Patient nicht prüfen kann, welche Behandlungsmaßnahmen der Arzt bei der Krankenkasse abrechnet und zu welchem Preis. Ihre Krankenkasse bietet aber auch das Prinzip der „Kostenerstattung“ an.

Als Privatpatient müssen Sie sich auf jeden Fall für die Kostenerstattung entscheiden.

Diese ist verbindliche Vertragsgrundlage für den Tarif BMG, um die besonderen Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

Was ändert sich mit der „Kostenerstattung“?

- Sie werden zum Privatpatienten und Selbstzahler.
- Arzt und Krankenkasse rechnen nicht direkt miteinander ab.
- Sie und Ihr Arzt werden Vertragspartner.
- Sie erhalten die Arztrechnungen, Apothekenquittungen und die Rechnungen anderer Heilbehandler (Heilpraktiker, Physiotherapeuten o. Ä.).
- Die Rechnungen und Quittungen reichen Sie zunächst bei Ihrer Krankenkasse und anschließend bei uns zur Erstattung ein.
- Im Anschluss bezahlen Sie die Rechnung bei Ihrem Arzt.

Welche Vorteile bietet die „Kostenerstattung“?

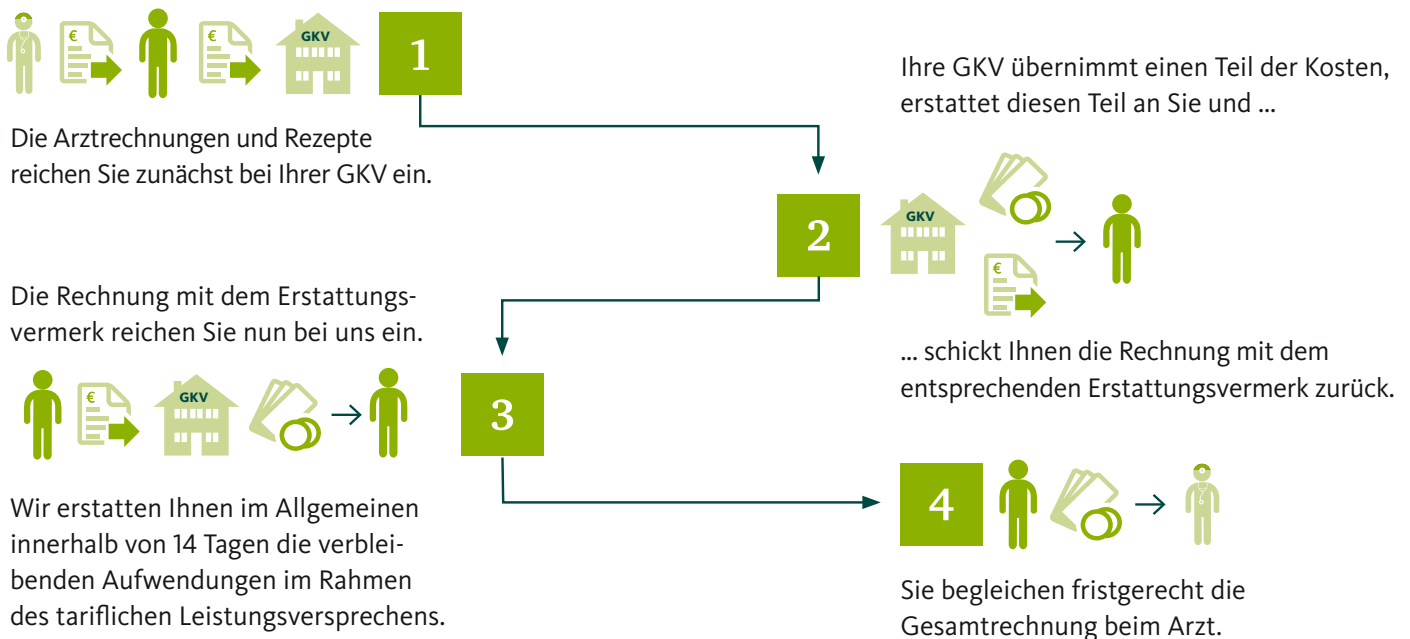
- Sie bleiben gesetzlich versichert.
- Sie werden dennoch zum Privatpatienten.
- Sie können die Leistungen aus dem Tarif BMG in vollem Umfang genießen.
- Sie haben einen Kosteneinblick in Ihre Arztrechnungen.



Vier Schritte für eine reibungslose Kostenerstattung.

Der Tarif BMG 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 BMG in Anspruch nehmen. Sie ist zwingend erforderlich, damit Ihre Tarifleistung unter Berücksichtigung der GKV-Leistungen von uns ermittelt und ausgezahlt werden kann.

So funktioniert die Kostenerstattung:



Sachleistungen	GKV-Kostenerstattung
Behandlungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.	Behandlung als Privatpatient, freie Arzt- und Krankenhauswahl, freie Entscheidung über Behandlungsmethoden und Umfang der Hilfsmittel.
Abrechnung zwischen dem Arzt und der Krankenkasse.	Der Arzt rechnet direkt mit dem Patienten ab. Die Kasse übernimmt einen Teil, aber höchstens in Höhe der Vergütung, die die Kasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Wir erstatten die weiteren Arzt- und Behandlungskosten nach Tarif BMG. Damit haben Sie einen direkten Einblick in Ihre Behandlungskosten.

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)

So beantragen Sie die „Kostenerstattung“.

Informieren Sie Ihre Krankenkasse **schriftlich**, dass Sie das Kostenerstattungsverfahren nutzen möchten. Sie können hierzu unsere Antwortkarte nutzen. Oder die speziellen Formulare Ihrer Krankenkasse verwenden. Ihre Krankenkasse wird Sie hierzu gerne beraten.

Sie wählen die Kostenerstattung für drei Leistungsbereiche aus:

	ambulante ärztliche Versorgung
	ambulante zahnärztliche Versorgung
	ärztlich bzw. zahnärztlich veranlasste Versorgung wie beispielsweise Arznei- oder Hilfsmittel
	stationäre Versorgung Wichtig: Im Tarif BMG müssen Sie die Kostenerstattung nicht für stationäre Leistungen (Krankenhaus) beantragen. Sie werden dennoch auch im Krankenhaus wie ein Privatpatient behandelt. Die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt aber weiter direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse.

Wichtige Information:

- Ab Versicherungsbeginn (Tarif BMG) ist die „Kostenerstattung“ mit Ihrer Krankenkasse zu vereinbaren.
- Bitte nehmen Sie deshalb rechtzeitig Kontakt mit Ihrer Krankenkasse auf.
- Die Krankenkasse ist verpflichtet, auf die „Kostenerstattung“ umzustellen.
- Die Umstellung wird von Kasse zu Kasse unterschiedlich durchgeführt. Manche Kassen stellen am gleichen Tag um, andere Kassen nach 14 Tagen oder länger. Wir empfehlen, dass Sie die Umstellung frühzeitig mit Ihrer Krankenkasse klären.

- Ich melde mich zur „Kostenerstattung“ an.
Ich beantrage die Kostenerstattung für:
- ambulante ärztliche Versorgung
 - ambulante zahnärztliche Versorgung
 - ärztlich/zahnärztlich veranlasste Leistungen
- Ich melde noch weitere Familienangehörige zur Kostenerstattung an. Nehmen Sie bitte Kontakt zu mir auf.

Start der Kostenerstattung/
Termin:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Mitgliedsnummer Kassenpatient

Datum, Ort Unterschrift

Porto zahlt
der Absender

Name der Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

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 Datumstempel der Apotheke maßgeblich und nicht der Tag, an dem das Rezept ausgestellt wurde.

Haben Sie im Tarif BMG eine Selbstbeteiligung vereinbart?

Wenn ja, empfehlen wir, die Rechnungshöhe und die Höhe der Selbstbeteiligung abzugleichen. Denn es kann Gründe geben, die Rechnung zunächst selbst zu bezahlen und noch nicht bei uns (DKV) einzureichen.

- Ist der Betrag der Selbstbeteiligung höher als die Summe der aufgelaufenen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres, zahlen Sie die Rechnungen (zunächst) selbst. Und reichen die Rechnungen später ein, wenn die Rechnungshöhe die Selbstbeteiligung übersteigt.
- Übersteigt die Rechnungshöhe direkt die Selbstbeteiligung, reichen Sie die Rechnungen sofort ein.

BestMed Kombitarif zur GKV (Tarif BMG)

DKV



Privatpatient beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus. Mit den BestMed Kombitarifen zur GKV (Tarif BMG).

Mit dem Tarif BMG werden Sie zum Privatpatienten in allen Bereichen. Sie bleiben gleichzeitig in der Krankenkasse versichert. So müssen Sie sich nicht zwischen beiden Systemen entscheiden.