

Kostenerstattung – eine Entscheidung, die gut überlegt sein will

Normalerweise werden Ihre Behandlungen und Therapien über die TK-Gesundheitskarte abgerechnet. Sie haben aber auch die Möglichkeit, sich privat behandeln zu lassen.

Wenn Sie sich für die sogenannte Kostenerstattung entscheiden, werden Sie Selbstzahler. Das heißt, Sie erhalten nach einer ärztlichen Behandlung eine Rechnung und zahlen diese zunächst wie ein Privatpatient selbst. Diese Rechnung reichen Sie dann bei uns zur Erstattung ein.

Für welche Leistungen kann ich die Kostenerstattung wählen?

Sie können die Kostenerstattung für alle Leistungen wählen oder Ihre Wahl auf einen oder mehrere der folgenden Bereiche beschränken:

- Ambulante ärztliche Versorgung mit psychotherapeutischer Behandlung
- Ambulante zahnärztliche Versorgung mit kieferorthopädischer Behandlung und Zahnersatz
- Stationäre Versorgung
- Ärztlich oder zahnärztlich verordnete Leistungen wie Arzneimittel und Heilmittel

Wie wähle ich die Kostenerstattung?

Sie müssen uns über Ihre Entscheidung informieren, bevor Sie eine Leistung in Anspruch nehmen. Ein Anruf genügt. Entscheiden Sie sich für die Kostenerstattung, sind Sie mindestens ein volles Quartal an Ihre Wahl gebunden. Der Zeitraum beginnt frühestens mit dem Tag, an dem Sie uns darüber informiert haben.

Wo kann ich mich behandeln lassen?

Sie haben die freie Auswahl unter allen Vertrags-(zahn)ärztinnen und -ärzten und Vertragstherapeutinnen und -therapeuten. Anbieter ohne Vertrag dürfen Sie nur in begründeten Ausnahmefällen und nach unserer vorherigen Zustimmung aufsuchen.

Welche Kosten werden übernommen?

Wir erstatten Ihnen die Kosten, die auch bei der Behandlung über die TK-Gesundheitskarte entstanden wären, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dabei berücksichtigen wir auch die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen sowie Arzneimittelrabatte.

Außerdem erheben wir einen Verwaltungskostenabschlag von 5 Prozent des Erstattungsbetrags, maximal 25 EUR.

Habe ich höhere Kosten?

Wenn Sie die Kostenerstattung wählen, werden Sie behandelt wie ein Privatpatient. Die ärztlichen Praxen rechnen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab und die zahnärztlichen Praxen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Abhängig von Schwierigkeitsgrad und/oder Zeitaufwand der Behandlung kann das Honorar unterschiedlich hoch angesetzt werden. Dabei entstehen grundsätzlich höhere Kosten als bei vergleichbaren vertragsärztlichen bzw. -zahnärztlichen Behandlungen.

Auch im Krankenhaus können höhere Kosten entstehen, z. B. höhere Pflegekosten sowie zusätzliche Kosten für ärztliche Therapien und Visiten, Arzneimittel und Operationen. Wir haben in diesen Fällen keinerlei Einfluss auf die Abrechnung des Krankenhauses.

Wichtig: Wir können Ihnen die oft erheblichen Kosten nur teilweise erstatten. Der verbleibende Betrag geht zu Ihren Lasten, wenn er nicht über Zusatzversicherungen oder die Beihilfe abgedeckt ist.

Muss ich die Leistungen vorher beantragen?

Grundsätzlich müssen Sie bei uns vorab keine Leistungen beantragen. Aber es gibt einige Ausnahmen: Bestimmte Leistungen müssen vorab von uns genehmigt werden, z. B. Zahnersatz, Hilfsmittel, kieferorthopädische Behandlungen, Parodontitis-Behandlungen, Vorsorge- und Reha-Maßnahmen oder Psychotherapie.

Wie funktioniert die Abrechnung?

Senden Sie uns bitte die bezahlte Originalrechnung zusammen mit Ihrer Bankverbindung zu. Bei weiteren Maßnahmen wie z. B. Krankengymnastik brauchen wir auch noch die dazugehörige Verordnung.

Hier erfahren Sie mehr

Weitere Informationen zur Wahl der Kostenerstattung finden Sie auf tk.de, **Suchnummer 2008184**.

