

Information für Versicherte im Basistarif der Privaten Krankenversicherung

Fassung Juni 2024

Dieses Informationsblatt stellt eine kurze Übersicht ausgewählter Leistungsbereiche des Basistarifs dar. Es ersetzt nicht die Lektüre der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Was Sie im Krankheitsfall wissen und beachten sollten:

Was ist versichert?

Der Umfang der Leistungen entspricht den Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungen werden mit Ihnen abgerechnet und Sie reichen die Rechnungen zur Erstattung bei uns ein. Sollten Sie die Rechnung bereits bezahlt haben, fügen Sie bitte einen Nachweis bei, damit wir den Erstattungsbetrag an Sie auszahlen können. Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages ziehen wir tariflich vorgesehene Zuzahlungen und Selbstbehalte ab.

Wo dürfen Sie sich behandeln lassen?

Sie dürfen nur Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten etc. in Anspruch nehmen, die für die Behandlung gesetzlich Versicherte zugelassen sind.

Wozu dient der Behandlungsausweis?

Bitte legen Sie vor jeder Behandlung den Behandlungsausweis zusammen mit Ihrem amtlichen Lichtbildausweis bei Ihrem Arzt/Therapeuten vor damit dieser weiß, wie er Sie zu Lasten des Basistarifs behandeln muss und diese Leistungen korrekt abrechnet. Wird dieser Behandlungsausweis weder vor noch nach Behandlungsbeginn vorgelegt, ist der Arzt berechtigt, sein Honorar abweichend von den Bestimmungen des Basistarifs zu berechnen und eine entsprechende Vergütung von Ihnen zu fordern, die wir Ihnen nicht erstatten.

Was ist bei Arzneien und Verbandmitteln zu beachten?

Erstattungsfähig sind grundsätzlich nur Aufwendungen für eines der drei preisgünstigsten verschreibungspflichtigen Arzneimittel.

Was ist bei Heil- und Hilfsmitteln zu beachten?

Erstattungsfähig sind grundsätzlich nur Heilmittel, die im Heilmittelverzeichnis des Basistarifs aufgeführt sind. Hilfsmittel werden nach dem Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet.

Was ist bei Zahnersatz, Kronen, Kieferorthopädie, Parodontalbehandlungen zu beachten?

Wir leisten nur, wenn Sie uns vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorgelegt und eine schriftliche Auskunft über die zu erwartende Leistung erhalten haben.

Wann ist darüber hinaus unsere Leistungszusage vor Behandlungsbeginn erforderlich?

- Ambulante und stationäre Psychotherapie
- Soziotherapie
- Häusliche Krankenpflege
- Hilfsmittel
- Medizinische Vorsorgeleistungen (ambulant und stationär)
- Ambulante Rehabilitation und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
- Stationäre Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation
- Fahrten zur Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus oder zur ambulanten Behandlung
- Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft
- Notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus
- Stationäre medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

Haben Sie Versicherungsschutz im Ausland?

Sie haben bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Land der EU oder des EWR sowie der Schweiz Versicherungsschutz.

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt (max. 6 Wochen im Kalenderjahr) in anderen Staaten leisten wir nur, wenn Sie aufgrund von Vorerkrankungen oder des Alters keine Reisekrankenversicherung abschließen konnten. Dies müssen Sie uns vor Antritt der Reise nachweisen.

Wir leisten nicht, wenn Sie zur Behandlung ins Ausland reisen, obwohl die Behandlung auch in Deutschland möglich wäre.

Für Auslandsrücktransporte haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Ihr direkter Draht zu uns

Unseren Mitgliedern stehen wir mit Rat & Tat zur Seite – schnell und zuverlässig.

Für Fragen rund um Ihren Versicherungsschutz

Service-Telefon – Montag - Freitag von 8 - 20 Uhr
0711 6603-6603

Für Fragen rund um Ihre Gesundheit

Gesundheitstelefon – täglich 24 Stunden
0711 6603-2000

Für Informationen und Tipps rund um das Thema Gesundheit

www.hallesche-gesundheitsportal.de