

EL 400
für ambulante und stationäre Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif	
Tarif	EL 400
A. Leistungen des Versicherers (1) Allgemein	<p>Die Leistungen des Versicherers für ambulante Heilbehandlung (Abschnitt A. 2.) vermindern sich für eine versicherte Person pro Versicherungsjahr um einen Selbstbehalt von 400,- Euro.</p> <p>Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus § 4 MB/KK 2008 nichts anderes ergibt - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Aussagen unter Abschnitt A. gelten unter Berücksichtigung der Aussagen unter den Abschnitten B. bis D.</p>
(2) Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung	<p style="text-align: center;">80%</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel, wenn für die Behandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin/ praktischer Arzt, ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) oder ein Not- bzw. Bereitschafts- arzt in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der vorgenannten Ärzte zur Mit-/Weiterbehandlung an einen anderen Facharzt überwiesen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.</p> <p style="text-align: center;">90%</p> <p>des Rechnungsbetrages für Heilmittel.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2008 außer Sehhilfen, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen. Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2008 außer Sehhilfen anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p style="text-align: center;">75%</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 1 Abs. 3 TB 2008; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mußten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Innerhalb von 2 Kalenderjahren wird ein Rechnungsbetrag bis zu 103,- Euro anerkannt und bis zu 103,- Euro erstattet. Ein erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf von 2 Kalenderjahren.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.</p>
(3) Erstattung bei stationärer Heilbehandlung	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen (früher: 3. Pflegeklasse) - ohne privatärztliche Behandlung durch Krankenhausärzte und bessere Unterbringung - sowie medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Erstattungsfähig sind auch Kosten für Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger.</p>

	<p>Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Angemessenheit des Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.</p> <p>Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz zu berechnen sind, gelten als angemessen, sofern sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten.</p>
(4) Erstattung bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Heilbehandlung	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen.</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen, wenn die Maßnahme vor dem 18. Geburtstag des Versicherten geplant und begonnen wurde.</p> <p style="text-align: center;">60%</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen sowie für kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen.</p> <p>Als Zahnersatz im Sinne des Versicherungsschutzes gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen - Kronen und Teilkronen, auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt - implantologische Leistungen - funktionsanalytische Leistungen im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme - funktionstherapeutische Leistungen. <p>Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste dieses Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen. Vgl. aber Abschnitte B und C.</p>
B. Leistungsbegrenzungen	<p>Folgende Kosten werden nicht erstattet: die Behandlung durch einen Heilpraktiker, ambulante und stationäre Kuren, ambulante psychotherapeutische Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen und Sterilisation sowie Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung.</p> <p>In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen für alle Arten zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Zahnersatz) und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Höchstleistung im 1. Jahr = 255,65 Euro - Höchstleistung im 2. Jahr = 511,29 Euro - Höchstleistung im 3. Jahr = 1.022,58 Euro - Höchstleistung im 4. Jahr = 1.533,88 Euro <p>Bei unfallbedingten zahnärztlichen/kieferorthopädischen Maßnahmen entfällt die Begrenzung.</p>
C. Kostenvoranschlag für Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Heilbehandlung	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz oder Kieferregulierung ist dem Versicherer rechtzeitig ein Heil- und Kostenplan mit der Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen und eine detaillierte Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diese unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsumfang verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Wird ein Heil- und Kostenplan sowie die Kostenaufstellung des Labors nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die Leistungsquote auf 50% der normalen tariflichen Leistung.</p>
D. Beitragsanpassung	<p>Hinsichtlich des Vmhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2008 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann im Tarif EL 400 unter den in § 8b (1) MB/KK 2008 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>
E. Leistungsausschlüsse	<p>Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen im Tarif EL nicht im Versicherungsschutz enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante und stationäre Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen - Behandlungen durch Heilpraktiker sowie deren Verordnungen - Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen außerhalb der dort vorgesehenen Altersgrenzen - ambulante psychotherapeutische Behandlung - Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen - Sterilisation - Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung. <p>Insoweit finden Nr.2, Nr.3 und Nr. 19 Abs. 2 TB 2008 keine Anwendung.</p> <p>Abweichend von der Regelung des § 8 b Abs. 1, Satz 3, MB/KK 2008; wonach der Versicherer bei dem in Nr. 27 Abs. 1 TB 2008 genannten vom Hundertsatz die Überprüfung der Technischen Berechnungsgrundlagen durchzuführen hat, kann der Versicherer unter den übrigen in § 8 b Abs. 1 MB/KK 2008 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des jeweiligen Tarifes anpassen.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2008) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2008)

Gültig ab 01/08

**Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif EL 400
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

bei ambulanter Behandlung,

z.B. ambulante Psychotherapie, Behandlung durch Heilpraktiker, ambulante Kuren, Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechung aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Sonnenbrillen, einige Schutzimpfungen (z.B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z.B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), nicht rezeptpflichtige Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

bei stationärer Behandlung,

z.B. Schwangerschaftsunterbrechung aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, stationäre Kur und Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Vorsorgeuntersuchung ("großer Check-up")

bei zahnärztlicher Behandlung,

z.B. Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise der gültigen Sachkostenliste überschreiten, sowie Fahrtkosten zur zahnärztlichen Behandlung, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten ?

bei ambulanter Behandlung

Primärarzt-Prinzip bei ambulanter Heilbehandlung

Als Patient/in haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten. Sie entscheiden in jedem Krankheitsfall darüber, welchen Arzt/Ärztin Sie aufsuchen. Der von Ihnen gewählte Tarif sieht für die ambulante Heilbehandlung das sogenannte Primärarzt-Prinzip vor. Das bedeutet, dass eine 100%ige Erstattung der Kosten medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung erfolgt, wenn Sie die Behandlung durch einen Primärarzt durchführen lassen.

Primärärzte sind

- Ärzte für Allgemeinmedizin
- Praktische Ärzte
- Fachärzte für Gynäkologie
- Fachärzte für Augenheilkunde (Augenärzte)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendlichenmedizin (Kinderärzte)
- Not- oder Bereitschaftsärzte

Alle anderen Fachärzte zählen für Versicherte des Tarifes EL 400 nicht zu den Primärärzten.

Die Erstattungsquote von 100% gilt aber auch, wenn Sie zuerst einen Primärarzt konsultieren, die weitere Behandlung dann aber nach Überweisung durch den Primärarzt von einem/mehreren Facharzt/-ärztin durchgeführt wird. Diese Regel gilt jeweils für alle Behandlungen, die einen Krankheitsfall (Versicherungsfall) betreffen.

Tritt ein neuer Versicherungsfall ein, können Sie über den Behandler (Erst-Behandler) neu entscheiden; diese Entscheidung gilt dann wieder für den neuen Krankheits-/Versicherungsfall.

Sollten Sie es für sich für zweckmäßig halten, direkt einen Facharzt aufzusuchen, der nicht Primärarzt ist, tragen Sie von den Kosten der medizinisch notwendigen Behandlung sowie sonstiger Therapiekosten 20% selbst; der Erstattungssatz beträgt also 80%.

Bei einem Arztwechsel von einem Primärarzt zu einem (anderen) Facharzt lassen Sie sich bitte eine Überweisung ausstellen, die Sie uns mit den Rechnungen zukommen lassen. Außerdem benötigen wir dann die Rechnungen des Primärarztes und des weiter behandelnden Arztes zusammen.

Vor dem Bezug von Hilfsmitteln (außer Sehhilfen):

Bitte sprechen Sie mit uns!

AXA Krankenversicherung kann verordnete Hilfsmittel (z.B. Hör- und Sprechhilfen, Krankenfahrräder, etc.) in vielen Fällen beschaffen ohne dass Sie sich weiter darum kümmern müssen.

Bitte wenden Sie sich deshalb vor Bezug eines Hilfsmittels unbedingt an uns! Wir organisieren die Beschaffung und halten außerdem die Leistungsaufwendungen (und damit Ihre Beiträge) so gering wie möglich.

Bitte bedenken Sie, daß wir tarifgemäß unsere Erstattung auf 75% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages kürzen, falls Sie sich vor Bezug eines Hilfsmittels nicht an uns wenden.

Informationen zu Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen

Wenn Sie detaillierte Informationen zum Leistungsumfang von Impfungen und / oder Vorsorgeuntersuchungen wünschen, bieten wir Ihnen Informationsblätter dazu an:

- Was man zum Thema Impfungen und Immunprophylaxe wissen sollte
Fax-Abruf-Nr.: 0221/14861168
- Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen
Fax-Abruf-Nr.: 0221/14861145

Selbstverständlich schicken wir Ihnen diese auch zu:

Tel. Nr.: 0 180 3 - 55 66 22 (9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif)

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit den Arztrechnungen einreichen und Rechnungen erst dann vorlegen, wenn der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 103,- Euro ist.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Facharztrechnungen (nicht Gynäkologe, Kinder- und Augenarzt) reichen Sie bitte zusammen mit der Überweisung oder Rechnung des Allgemeinarztes ein.

Heil- und Hilfsmittel (z.B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Beabsichtigen Sie, sich nach alternativen Methoden untersuchen oder behandeln zu lassen, so fordern Sie bitte vor Behandlungsbeginn von uns eine Kostenübernahmeerklärung an.

bei stationärer Behandlung

Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen ("gemischte Anstalten"), benötigen Sie vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage. Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort oder im Ausland liegt.

Als Inhaber der AXA Card für Privatversicherte oder der Klinik Card können Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus alle Formalitäten schnell und bequem erledigen. Es sind keine Vorauszahlungen für Unterbringungskosten zu leisten. Die Rechnung des Krankenhauses wird unmittelbar an uns geschickt.

bei zahnärztlicher Behandlung

Rechtzeitig vor Beginn von Maßnahmen für Kieferorthopädie und Zahnersatz sollten Sie uns unbedingt neben dem Heil- und Kostenplan des Zahnarztes auch den Kostenvorschlag des zahntechnischen Labors auf Basis der gültigen Sachkostenliste zusenden. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus dem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans bzw. des Kostenvorschlags übernehmen wir im Rahmen des Tarifes.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplanes sowie der Kostenaufstellung des Labors wird die Versicherungsleistung gekürzt.