Häufig gestellte Fragen zu Tarif 26

MACHT STARK.

1 Weshalb benötige ich eine stationäre Zusatzversicherung?

Gerade im stationären Bereich stellt die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Grundabsicherung dar. Hierzu zählen die Behandlung im nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus durch den Dienst habenden Stationsarzt und die Unterbringung im Mehrbettzimmer.

Doch vor allem im stationären Bereich kann es von großer Bedeutung sein, von einem Spezialisten behandelt zu werden bzw. eine passende Fachklinik selbst wählen zu können.

Neben diesen Leistungen bietet der Tarif die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung.

2 Welche stationären Leistungen sind versichert?

Gesonderte Unterbringung:

- Tarif 261 – Unterbringung im Einbettzimmer
- Tarif 262 – Unterbringung im Zweibettzimmer

Privatärztliche Behandlung:

- 100 % Kostenerstattung für die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus

Differenzkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen:

- 100 % Erstattung der Differenzkosten, die dadurch entstehen, dass ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus innerhalb Deutschlands aufgesucht wird.

3 Leistet der Tarif auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus?

Ja. Bei Vorliegen einer wirksamen individuellen Honorarvereinbarung ist die Erstattung nicht auf die Höchstsätze der Gebührenordnung beschränkt.

Empfehlung der ARAG: vor Abschluss einer Honorarvereinbarung sollte stets mit der Leistungsabteilung der ARAG Kontakt aufgenommen werden.

4 Sieht der Tarif auch Leistungen für ambulante Operationen vor?

Ja. Wird in einem Krankenhaus eine ambulante Operation, die eine an sich vollstationäre Heilbehandlung ersetzt, durchgeführt, so sind die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 % erstattungsfähig.

5 Sieht der Tarif auch Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlungen vor?

Ja. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen begrenzt – die nachstationäre Behandlung auf maximal sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung.

6 Sieht der Tarif auch Leistungen für Begleitpersonen von Kindern im Krankenhaus (Rooming in) vor?

Nein. Kosten für die Unterbringung eines Elternteils im Krankhaus bei stationärer Behandlung des Kindes werden nicht erstattet.

Kosten für das Rooming in können aber z.B. durch ein Krankenhaustagegeld abgedeckt werden, welches zusätzlich für das Kind abgeschlossen wird.

Weitere Informationen zum Krankenhaustagegeld erhalten Sie bei der Hauptverwaltung der ARAG-Krankenversicherung.

7 Sieht der Tarif auch Leistungen für stationäre Psychotherapie vor?

Ja. Die versicherten Leistungen werden auch bei stationärer Psychotherapie tarifgemäß erbracht.

8 Sieht der Tarif auch Leistungen für stationäre Kur vor?

Nein.

9 Was geschieht, wenn versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen werden?

Leistungsverzicht wird belohnt.
Sie haben die Wahl: Wenn Sie während eines stationären Aufenthaltes bestimmte versicherte Leistungen nicht in Anspruch nehmen möchten, wird dies von der ARAG honoriert.

	Kostenerstattung Tarif 261	**Kostenerstattung Tarif 262**
Unterbringung im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse)	26 € / Tag	16 € / Tag
Verzicht auf privatärztliche Behandlung	16 € / Tag	16 € / Tag
Verzicht auf alle tariflichen Leistungen	42 € / Tag	32 € / Tag

Kinder erhalten in Tarifstufe 262 jeweils die Hälfte, in Tarifstufe 261 jeweils 2/3 dieser Krankenhaustagegeld-Sätze.

Einweisungs- und Entlassungstag gelten jeweils als volle Tage.

10 Was ist unter Differenzkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen zu verstehen?

Wenn ein anderes als in der ärztlichen Einweisung vorgesehenes Krankenhaus aufgesucht wird, so können die Kosten für die Allgemeine Krankenhausleistungen höher sein als die, die angefallen wären, wenn das in der Einweisung vorgesehene Krankenhaus aufgesucht worden wäre. Diese Differenzkosten werden nicht von der GKV übernommen, jedoch aus Tarif 26 erstattet.

11 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate und gelten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz sowie Kieferorthopädie.

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung ein ärztlicher Befundbericht mit entsprechendem Untersuchungsergebnis beim Versicherer eingereicht wird.

Die Wartezeiten entfallen bei Behandlungen aufgrund eines Unfalls.

12 Wie sind die Abrechnungsmodalitäten?

Nach Versicherungsbeginn bekommen Versicherte stationärer Zusatztarife, deren Versicherungsschutz keinen Leistungsausschluss enthält, die ARAG Card zugesandt. Die ARAG Card erleichtert die Abrechnung im Leistungsfall.

Abrechnung eine Krankenhausaufenthaltes mit ARAG Card:

- Bei Vorlage der ARAG Card rechnen die Krankenhäuser die Kosten für die gesonderte Unterbringung (z.B. Zweibettzimmerzuschlag) direkt mit der ARAG ab. Weder ein Kostenübernahmeantrag noch eine Vorauszahlung sind nötig.
- Die Kosten für die Chefarztbehandlung werden von der ARAG gegen Vorlage der Originalrechnung erstattet.

Abrechnung eines Krankenhausaufenthaltes ohne ARAG Card:

- Das Krankenhaus nimmt mit der ARAG Kontakt auf. Die Leistungsabteilung der ARAG erteilt eine Kostenübernahmeerklärung für die versicherten Leistungen. Das Krankenhaus rechnet dann in der Regel die Unterbringungskosten direkt mit der ARAG ab.
- Die Kosten für die Chefarztbehandlung werden von der ARAG gegen Vorlage der Originalrechnung erstattet.

Maßgebend für alle Leistungen sind neben dem Tarif (Teil III der AVB) die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009 (Teil I der AVB) und die Tarifbedingungen (Teil II der AVB).