

Information zu Tarif PRIMO.Z plus

Fassung Juni 2024



English version:
www.hallesche.de/pm64u-e-0524.pdf

Mit einem Tarif aus der Produktlinie PRIMO haben Sie sich für einen modernen und intelligenten Versicherungsschutz entschieden, der Ihnen attraktive Leistungen zu einem günstigen Preis bietet. Durch verantwortungsbewusstes und gesundheitsorientiertes Verhalten haben Sie die Möglichkeit, das Niveau Ihres Versicherungsschutzes mitzugestalten und eventuelle Selbstbeteiligungen zu reduzieren. Mit dieser Information möchten wir Ihnen dazu interessante Tipps geben.

1. Das Hausarzt-System

Im Tarif PRIMO.Z (plus) gilt das Hausarzt-System. Das heißt, dass für Sie – abgesehen von wenigen Ausnahmen – der Hausarzt Ihr erster Ansprechpartner ist. Ihr Hausarzt ist am besten über Ihre Krankengeschichte informiert. Daher sollte er im Krankheitsfall die Betreuung der Krankheit und die Koordination des weiteren Behandlungsverlaufs übernehmen. Dadurch können Sie sich auch unnötige Mehrfachuntersuchungen ersparen und erhalten die Kosten für die ambulante ärztliche Behandlung zu 100%.

Als Hausarzt können Sie einen praktischen Arzt oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin wählen. Bitte nennen Sie uns den Hausarzt für jede versicherte Person spätestens mit der Einreichung der ersten Rechnung. Einen Wechsel des Hausarztes teilen Sie uns bitte schriftlich oder dem Service-Telefon telefonisch mit.

100% Leistung für die ambulante ärztliche Behandlung erhalten Sie auch, wenn Sie sich durch einen

- Augenarzt
- Gynäkologen
- Kinderarzt (ohne Schwerpunktbezeichnung)
- Notarzt
- Bereitschaftsarzt

behandeln lassen, oder wenn der Hausarzt die Behandlung durch einen Facharzt veranlasst. Bei einer Weiterbehandlung durch einen Facharzt lassen Sie sich bitte die Notwendigkeit der Facharztbehandlung von Ihrem Hausarzt bestätigen. Diese Bestätigung legen Sie dann zusammen mit der Rechnung des Facharztes vor. Möchten Sie einen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung als Hausarzt wählen, bitten wir Sie, unsere vorherige Zustimmung einzuholen.

Sofern Sie sich mehr als 100 km von Ihrem Wohnsitz entfernt aufhalten, gilt jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder jeder praktische Arzt auch ohne vorherige namentliche Nennung als Hausarzt.

Wenn Sie den Facharzt ohne Veranlassung durch den Hausarzt aufsuchen, werden 75% der erstattungsfähigen Kosten übernommen.

Wenden Sie sich nach der (Erst-)Behandlung durch einen Facharzt wieder an Ihren Hausarzt und veranlasst dieser weiterhin die Behandlung durch einen Facharzt, so werden ab diesem Zeitpunkt wieder 100% übernommen. Die Notwendigkeit der Weiterbehandlung durch einen Facharzt lassen Sie sich bitte von Ihrem Hausarzt bestätigen. Diese Bestätigung legen Sie dann zusammen mit der Rechnung des Facharztes vor.

Die Bestätigung des Hausarztes gilt bis zum Abschluss der angedachten Weiterbehandlung, längstens 6 Monate ab der Ausstellung.

2. Transparente Leistungen verschaffen Überblick

Damit Sie genau wissen, was Sie von der Hallesche erwarten können, wurden die Leistungen besonders klar und transparent dargestellt. Dieser Vorteil verschafft Ihnen einen umfassenden Überblick und bietet Ihnen Sicherheit.

2.1 Hilfsmittel

Bei Hilfsmitteln kommt es durch tarifliche Rechnungshöchstbeträge bzw. dem erstattungsfähigen Prozentsatz zu Selbstbehalten:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel werden zu 75% erstattet; bei Hilfsmitteln, deren Rechnungsbetrag bei Eigenbezug 350 € übersteigen würde, werden 90% erstattet, sofern Sie uns vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorgelegen und uns beauftragen, das Hilfsmittel (Leihge-

rät oder Kauf) über unsere Partner oder geeignete Sanitätshäuser auszuliefern.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, werden 90% der erstattungsfähigen Aufwendungen auch dann erstattet, wenn wir das Hilfsmittel nicht ausliefern lassen können.

Übersteigen die erstattungsfähigen Aufwendungen je Person und je Kalenderjahr 10.000 €, wird der übersteigende Teil zu 100% erstattet.

2.2 Heilmittel

Hat Ihr Arzt Ihnen eine physikalische Maßnahme, z.B. Krankengymnastik, verordnet, haben Sie die freie Wahl unter den physiotherapeutischen Praxen. Damit Sie wissen, welche Kosten wir Ihnen erstatten, haben wir in den Tarifbedingungen eine Liste der erstattungsfähigen Preise für Heilmittel aufgenommen. Nehmen Sie diese Liste mit, beispielsweise zu Ihrem Krankengymnasten, und lassen sich die Zusage geben, dass er Ihnen keine höheren Preise berechnet. Bedenken Sie: Wären Sie gesetzlich versichert, würde Ihr Krankengymnast nur einen Teil dieses Preises erzielen.

3. Sie müssen zum Zahnarzt?

In keinem medizinischen Bereich sind die Preisunterschiede für identische Leistungen so auffallend wie im Zahnbereich. Als medizinischer Laie ist man aber zumeist nicht in der Lage, die Angemessenheit der Maßnahme und den dafür berechneten Preis zu prüfen. Deshalb ist es zu Ihrem und zum Nutzen aller Versicherten, dass wir uns bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 2.500 € und mehr die medizinische Notwendigkeit durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des zahntechnischen Labors) nachweisen lassen. Reichen Sie uns vor Behandlungsbeginn keinen Heil- und Kostenplan ein, haben Sie hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Denken Sie vor allem bei geplanten Implantaten daran, dass Sie uns – unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages – immer die medizinische Notwendigkeit vor Behandlungsbeginn durch einen Heil- und Kostenplan nachweisen. Legen Sie uns keinen Heil- und Kostenplan vor, erstatten wir in diesem Fall insgesamt die Hälfte der tariflichen Leistung.

Auch bei geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen gilt: Reichen Sie uns bitte vor Beginn der Maßnahmen immer einen Heil- und Kostenplan ein.

3.1 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

Das Verzeichnis bietet Ihnen die Möglichkeit, schon vor Behandlungsbeginn einen umfassenden Überblick über die Leistungen zu erhalten. Die Maßnahmen und erstattungsfähigen Höchstbeträge liegen dabei über dem Niveau der gesetzlichen Krankenkasse – so sind beispielsweise funktionsverbessernde und ästhetisch hochwertige Leistungen erhalten. Nehmen Sie diese Liste mit zu Ihrem Zahnarzt und sprechen Sie mit ihm, dass für die entsprechende Leistung maximal der in dieser Liste genannte Betrag berechnet wird. So bekommen Sie die Sicherheit, welche Leistungen Sie erhalten.

4. GOÄ/GOZ-Begrenzung

Bitte beachten Sie, dass die ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zu deren Höchstsätzen erstattungsfähig sind. Im Regelfall kann der Arzt persönlich ärztliche Leistungen bis zum 2,3fachen Satz, medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,8fachen Satz bzw. Laborleistungen nach Ziffer 437 der GOÄ bis zum 1,15fachen Satz (Regelhöchstsätze) berechnen. Diese Regelhöchstsätze darf der Arzt in bestimmten Fällen für persönlich ärztliche Leistungen bis zum 3,5fachen Satz, bei medizinisch-technischen Leistungen bis zum 2,5fachen Satz bzw. bei Laborleistungen nach Ziffer 437 der GOÄ bis zum 1,3fachen Satz (Höchstsätze) überschreiten. Bitte beachten Sie aber, dass hierfür vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Begründung durch den Arzt gegeben wird.

Will Ihnen Ihr Arzt über die Höchstsätze hinausgehende Sätze berechnen, setzen Sie sich gegebenenfalls vor Behandlungsbeginn mit uns in Verbindung – wir beraten Sie gerne.

5. Reisen ins Ausland

Für Tarifstufe PRIMO.Bonus Z und PRIMO.SB Z ist im Ausland **unbedingt** eine Ergänzung durch Tarif URZ. **erforderlich**, um bei einem stationären Aufenthalt im Ausland ausreichend abgesichert zu sein.

Auch für die Tarifstufe PRIMO.Bonus Z plus und PRIMO.SB Z plus ist es empfehlenswert, den Versicherungsschutz mit dem Tarif URZ. für Auslandsreisen zu ergänzen, um die volle Sicherheit zu haben und die Beitragsrückerstattung nicht zu gefährden.

6. Künstliche Befruchtung

Bitte beachten Sie, dass für alle Maßnahmen der künstlichen Befruchtung einschließlich aller begleitenden Maßnahmen keine Leistungspflicht besteht.

7. Die Selbstbeteiligung

Der Tarif PRIMO.SB 1 Z (plus) sieht pro Person eine Selbstbeteiligung in Höhe von 300 € vor. Im Tarif PRIMO.SB 2 Z (plus) beläuft sich der Betrag auf 600 € und im Tarif PRIMO.SB 3 Z (plus) auf 1.200 €. Diese Selbstbeteiligung gilt übergreifend für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen. Reichen Sie also bitte erst Rechnungen ein, wenn deren Erstattungsbetrag höher ist, als der von Ihnen gewählte Selbstbehalt. Wir empfehlen Ihnen dringend, dabei auch die zu erwartende Beitragsrückerstattung zu berücksichtigen. Zu Beginn eines Jahres teilen wir Ihnen mit, welche Beitragsrückerstattung Sie für das laufende Jahr erhalten, wenn Sie keine Leistungen abrechnen. Das können bis zu drei Monatsbeiträge sein. Das folgende Beispiel verdeutlicht, ab welchem Erstattungsbetrag es sich lohnen kann, Rechnungen einzureichen.

Anspruch auf Beitragsrückerstattung z.B.	250 €
Selbstbehalt z.B.	600 €
Summe	850 €

In diesem Beispiel lohnt es sich erst ab einem Erstattungsbetrag von über 850 € tatsächlich, Rechnungen zur Erstattung einzureichen.

8. Bonus zur Förderung kostenbewussten Verhaltens

In der Tarifstufe PRIMO.Bonus Z (plus) erhalten Sie pro versicherte Person und versicherten Monat 30 € gutgeschrieben. Dies sind 360 € für zwölf versicherte Monate. Den Betrag können Sie beispielsweise zur Beitragssenkung im Alter, als Spareinlage oder zum Bausparen verwenden. Sie erhalten den Bonus auch bei Abrechnung eines eventuellen Leistungsfalls. Vom Erstattungsbetrag werden dann bis zu 360 € pro Kalenderjahr abgezogen.

Bitte beachten Sie, dass dies auch gilt, wenn die Versicherung nach Tarif PRIMO.Bonus Z (plus) vor Ablauf eines Kalenderjahres endet. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Betrag, der in Abzug gebracht wird, für dieses Jahr um jeweils 30 € für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

9. Das Gesundheitsmanagement

Die Hallesche kümmert sich nicht erst im Krankheitsfall um Ihre Gesundheit. Unter dem Stichwort „Gesundheitsmanagement“ bieten wir Ihnen beispielsweise durch das Hallesche-Gesundheitstelefon kompetente Informationen zu allen Gesundheitsfragen. Sind Sie interessiert? Dann fordern Sie unsere Broschüre „Gesundheitsmanagement“ an. Darin können Sie im Detail nachlesen, welche Leistungen Sie im Rahmen unseres Gesundheitsmanagements zusätzlich erhalten.

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 Krankenrücktransporte aus dem Ausland und weltweite Betreuung bei stationärem Krankenhausaufenthalt
Auslands-Notruftelefon – täglich 24 Stunden
+49 711 6603-3930

Für Informationen und Tipps rund um das Thema Gesundheit
www.hallesche-gesundheitsportal.de