



Gesetzliche Leistungen im Überblick

Vorwort

Wir freuen uns, dass Sie sich für uns als gesetzliche Krankenkasse interessieren. Es ist wichtig, im Krankheitsfall gut abgesichert zu sein, um sich voll und ganz darauf zu konzentrieren, gesund zu werden. Wir wollen Sie dabei unterstützen, denn Ihre Gesundheit steht im Mittelpunkt unserer Arbeit.

Ein erster Überblick für Sie...

Mit dieser Broschüre erhalten Sie einen ersten Eindruck über die wichtigsten Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Insbesondere zählen hierzu:

- Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe
- Medizinische Vorsorge
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Ambulante und stationäre Leistungen bei Krankheit
- Leistungen bei Rehabilitation
- Krankengeld und Mutterschaftsgeld
- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Unser **plus+** für Ihre Gesundheit...

Darüber hinaus bieten wir Ihnen umfangreiche zusätzliche Leistungen und Services. Wir beteiligen uns an Leistungen mit prozentualen bzw. festen Zuschüssen. Unsere Pluspunkte für Ihre Gesundheit sind zum Beispiel:

- Professionelle Zahnreinigungen
- Osteopathische Behandlungen
- Vorsorgemaßnahmen für Kinder & Jugendliche
- Präventionskurse

Die beschriebenen Leistungen sind Kurzbeschreibungen und bilden nicht den gesamten gesetzlichen Leistungskatalog ab. Verbindlich gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie unsere Satzung. Wenn Sie weitergehende Informationen zu einer besonderen Versorgung, zur Beantragung von Leistungen oder Übernahme von Kosten benötigen, sprechen Sie uns einfach an. Die Kontaktdaten finden Sie auf der Rückseite.

Wir sind gerne für Sie da!

Und nun zu uns...

Nichts ist so beständig wie der Wandel. Seit unserer Gründung 1995 haben wir uns stetig weiterentwickelt. Bundesweit vertrauen uns immer mehr Versicherte, sodass wir seit Jahren zu den wachstumsstärksten gesetzlichen Krankenkassen gehören. Unser günstiger Zusatzbeitragssatz, die attraktiven Mehrleistungen und Zusatzprogramme rund um die Gesundheit, aber auch die persönliche Betreuung und unser Service machen uns für immer mehr Menschen zu "ihrer Krankenkasse". Dies ist für uns Ansporn zur stetigen Weiterentwicklung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Debeka BKK

Inhaltsverzeichnis

Akupunkturbehandlungen	1
Ambulante (zahn)ärztliche Behandlung	
Ambulantes Operieren	
Arznei- und Verbandmittel	
Ausland	
Brillen/Sehhilfen	2
Disease-Management-Programme (DMP)	
Ernährungsberatung	
Fahrkosten	
Funktionstraining	3
Gesundheits-Check-Up	
Häusliche Krankenpflege	
Haushaltshilfe	
Heilmittel	4
Hilfsmittel	
Kieferorthopädische Behandlung	
Krankengeld	
Krankenhausbehandlung	5
Krebsfrüherkennung	
Künstliche Befruchtung	6
Mutterschaftsgeld	
Pflegeversicherung	
Psychotherapie	
Rehasport	7
Schutzimpfungen	
Schwangerschaft und Entbindung	
Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	
Vorsorge für Kinder und Jugendliche	8
Zahnersatz	
Unsere Services	

Gesetzliche Leistungen im Überblick

Akupunkturbehandlungen

Auf sanfte Weise Schmerzen lindern: Die Akupunktur, als alternative Heilmethode der traditionellen chinesischen Medizin (TCM), ist ein anerkanntes Verfahren bei chronischen Schmerzen in der Lendenwirbelsäule oder der Kniegelenke. Wir unterstützen Ihre Akupunkturtherapie mit bis zu 10 Sitzungen (in begründeten Fällen bis zu 15 Sitzungen) je nach Indikation. Die Behandlung muss durch einen Vertragsarzt mit Zulassung für Akupunkturbehandlung durchgeführt und über die elektronische Gesundheitskarte abgerechnet werden.

Ambulante (zahn)ärztliche Behandlung

Sie haben die freie Wahl unter rund 172 Tsd. niedergelassenen Vertrags- und Fachärzten sowie rund 61 Tsd. niedergelassenen Vertragszahnärzten. Die (zahn)ärztliche Behandlung umfasst dabei insbesondere Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten sowie die Verordnung von weiteren Leistungen wie z. B. Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Krankenhausbehandlung. Sofern der behandelnde Arzt bestimmte Leistungen (z. B. Röntgen oder Labor) in Auftrag gibt oder die Weiterbehandlung durch einen Kollegen notwendig ist, stellt er Ihnen eine Überweisung aus.

Ambulantes Operieren

Viele operative Eingriffe können heute ambulant durchgeführt werden. Eine stationäre Behandlung im Krankenhaus ist nicht erforderlich. Häufig ambulant durchgeführte Operationen sind beispielsweise: Abszesse, Leistenbruch oder Polypen. Begleitende Maßnahmen zur Rehabilitation helfen Ihnen, schnell wieder

voll belastbar zu werden. Ambulante Operationen werden über Ihre elektronische Gesundheitskarte abgerechnet.

Arznei- und Verbandmittel

Wenn Ihr Arzt Ihnen Arznei- und Verbandmittel verschreibt, übernehmen wir die Kosten im Rahmen der gesetzlichen Festbeträge. Der Gesetzgeber hat für Erwachsene einen Eigenanteil, die sogenannte Zuzahlung, vorgesehen. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt bei Erwachsenen 10 % der Kosten, mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Kinder sind hiervon befreit. Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr tragen wir auch die Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, sofern diese kassenärztlich verordnet werden.

Ausland

Sie genießen Versicherungsschutz für notwendige Leistungen zu den vor Ort geltenden gesetzlichen Bedingungen. Dies gilt in den Staaten der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums sowie in weiteren Ländern, mit denen sogenannte Sozialversicherungsabkommen bestehen (z. B. in verschiedenen Mittelmeer-Anrainer-Staaten). Kein Versicherungsschutz besteht z. B. für einen Rücktransport und für Auslandsreisen in andere als die genannten Länder. Weitere Informationen finden Sie auch unter www.dvka.de.

Tipp:

Optimale Ergänzung bieten die Zusatztarife des Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

Brillen/Sehhilfen

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren beteiligen wir uns an den Kosten für Brillengläser im Rahmen unserer Vertragspreise. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, dürfen wir uns gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nur unter ganz bestimmten medizinischen Voraussetzungen an den Kosten für Sehhilfen beteiligen. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist jeweils eine ärztliche Verordnung. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt in der Regel 10 % des Kassenanteils mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR.

Tipp:

Reduzieren Sie Ihre Kosten für Brillen/Sehhilfen mit den Zusatztarifen des Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

Disease-Management-Programme (DMP)

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme, die chronisch Erkrankten dabei helfen sollen, ihre Erkrankung besser zu bewältigen und die Lebensqualität zu verbessern sowie zu erhalten. Derartige Programme gibt es u. a. für Patienten mit Diabetes Mellitus, Koronare Herzkrankheit, Asthma Bronchiale, COPD oder Brustkrebs. Eine Teilnahme an einem DMP ist durch die Einschreibung bei einem am DPM teilnehmenden Arzt möglich. Die Abrechnung erfolgt über die elektronische Gesundheitskarte.

Ernährungsberatung

Gemäß § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB V können Ernährungsberatungen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sowie zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht bezuschusst werden, wenn diese aus medizinischen Gründen erforderlich sind. Die Notwendigkeit einer Ernährungsberatung muss durch eine ärztliche Verordnung bescheinigt werden. Zudem können diese Maßnahmen nur von Personen mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation durchgeführt werden.



Fahrkosten

Wenn aus zwingenden medizinischen Gründen, wie etwa Rettungs- oder Krankentransport, Fahrkosten anfallen, werden diese von uns getragen. Der Behandlungsort muss die nächsterreichbare, geeignete Behandlungsmöglichkeit für Sie darstellen. Auch bei ambulanten Behandlungen (z. B. Dialyse oder in besonderen Ausnahmefällen) werden Fahrkosten übernommen, diese sind jedoch vorab zu genehmigen. Als Zuzahlung sieht der Gesetzgeber 10 % der Kosten, mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten, je Fahrt vor.

Funktionstraining

Das Ziel eines Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Beweglichkeitsverbesserung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Das Funktionstraining findet in anerkannten Funktionstrainingsgruppen im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeuten/Krankengymnasten statt und ist organorientiert. Der Leistungsumfang des Funktionstrainings beträgt 12 Monate (in schweren Fällen 24 Monate).

Gesundheits-Check-Up

Ziel des Gesundheits-Check-Up ist es, mögliche Herz-Kreislauf-, Nieren- und Diabeteserkrankungen oder gesundheitliche Gefährdungen frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Versicherte haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres einen einmaligen Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung. Versicherte ab Vollendung des 35. Lebensjahres haben alle drei Jahre Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung.

Häusliche Krankenpflege

Sie erhalten häusliche Krankenpflege, wenn sie zur Sicherung der ärztlichen Behandlungsziele notwendig ist und keine im Haushalt lebende Person diese durchführen kann. Auch wenn eigentlich eine Behandlung im Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist oder diese durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird, kann eine häusliche Krankenpflege von uns übernommen werden. So-

fern der Arzt die Behandlungspflege verordnet, können wir uns dann auch an einer hauswirtschaftlichen Versorgung und der Grundpflege beteiligen. Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung kann im Einzelfall auch ohne gleichzeitig durchgeführte Behandlungspflege erbracht werden, soweit kein Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI besteht. Als Zuzahlung sind für Versicherte ab 18 Jahren 10 EUR je Verordnung sowie 10 % der Kosten, maximal für 28 Tage im Kalenderjahr, zu tragen.

Haushaltshilfe

Wenn es Ihnen aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist den Haushalt weiterzuführen, dann haben Sie Anspruch auf eine Haushaltshilfe, wenn in Ihrem Haushalt keine Person lebt, die den Haushalt weiterführen kann. Die Weiterführung des Haushalts kann durch einen Vertragspartner übernommen werden. Dies können beispielsweise Sozialstationen, Träger der Wohlfahrtspflege oder private Unternehmen sein. Sie können für die Weiterführung aber auch z. B. Verwandte, Freunde oder Bekannte in Anspruch nehmen. Als Zuzahlung sieht der Gesetzgeber 10 % der täglichen Kosten, mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR, vor.



Heilmittel

Behandlungen wie zum Beispiel Massage, Krankengymnastik, Wärme- und Ergotherapie werden unter dem Begriff Heilmittel zusammengefasst. Heilmittel werden eingesetzt, um eine Krankheit zu heilen oder einer weiteren Verschlimmerung entgegenzuwirken. Wir tragen die Kosten für Ihre Behandlung, wenn diese ärztlich verordnet ist und in einer zugelassenen Einrichtung erfolgt. Versicherte ab 18 Jahren leisten die gesetzliche Zuzahlung in Höhe von 10 % der Behandlungskosten sowie 10 EUR für die Verordnung. Diese ist beim Behandler zu entrichten.

Hilfsmittel

Wir übernehmen die Kosten für erforderliche Hilfsmittel - soweit sie nicht gesetzlich ausgeschlossen sind - wie zum Beispiel Rollstühle, Rollatoren, Kompressionsstrümpfe, Einlagen, Orthesen oder Hörgeräte bis zur Höhe der jeweils vereinbarten Vertragspreise. Notwendige Reparaturen, Änderungen oder der Ersatz gehören ebenfalls zum Leistungsumfang der Debeka BKK. Die gesetzliche Zuzahlung je Hilfsmittel beträgt 10 % der Kosten, mindestens 5 EUR maximal 10 EUR. Für die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10 % der Monatskosten, maximal 10 EUR pro Monat.

Kieferorthopädische Behandlung

Bei kieferorthopädischen Problemen übernehmen wir für bestimmte Diagnosen, wie etwa Kiefer- oder Zahnfehlstellungen bei Kindern oder schwere Kieferanomalien bei Erwachsenen, die Behandlungskosten. Die vertragliche kieferorthopädische Behandlung ist für Sie

praktisch kostenfrei, wenn Sie diese entsprechend dem Behandlungsplan durchführen. Denn wir erstatten Ihnen bei planmäßigem Abschluss der Behandlung Ihre Eigenbeteiligung. Diese beträgt zunächst 20 % der Kosten; sofern zwei Kinder gleichzeitig in Behandlung sind, beträgt diese für das zweite Kind nur 10 %. Wir tragen auch die Kosten für die Behandlung von Erwachsenen, sofern eine schwere Kieferanomalie vorliegt und eine kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädische Behandlung erforderlich ist.

Hinweis: Grundsätzlich ist eine kieferorthopädische Behandlung vor Behandlungsbeginn genehmigungspflichtig.



Krankengeld

Bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie infolge einer Krankheit nicht arbeiten können, zahlt Ihnen Ihr Arbeitgeber in der Regel für die Dauer von sechs Wochen Ihr Gehalt weiter. Anschließend erhalten Sie, sofern alle rechtlichen Voraussetzungen vorliegen, Krankengeld von uns, damit Sie weiterhin finanziell abgesichert sind und Sie sich auf Ihre Genesung konzentrieren können. Das Krankengeld wird ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit

jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren bezahlt. Die kalendertägliche Höhe beträgt 70 % Ihres letzten (fest vereinbarten, regelmäßigen, beitragspflichtigen und bis zur geltenden Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigungsfähigen) Bruttoentgelts, jedoch maximal 90 % Ihres Nettoentgelts. Davon sind noch Beiträge zur Pflegeversicherung und ggf. zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung abzuziehen. In der Krankenversicherung sind Sie in der Regel beitragsfrei weiter versichert.

Erkrankung des Kindes

Wenn Sie wegen der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege Ihres erkrankten und gesetzlich versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, zahlen wir Ihnen ein Krankengeld. Die Dauer der Krankengeldzahlung beträgt pro Kalenderjahr und Kind längstens 10 Arbeitstage, bei mehreren Kindern insgesamt maximal 25 Arbeitstage. Für Alleinerziehende gilt jeweils die doppelte Anzahl an Arbeitstagen. Voraussetzung ist, dass Sie keinen Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit haben, keine andere in ihrem Haushalt lebende Person die Aufgaben übernehmen kann und Ihr Kind noch keine 12 Jahre alt und gesetzlich versichert ist.

Krankenhausbehandlung

Die stationäre Krankenhausbehandlung können Sie in einem der rund 2.000 zugelassenen Vertragskrankenhäuser durchführen lassen. Die Behandlung umfasst alle Leistungen, die für Ihre medizinische Versorgung notwendig sind. Die Krankenhausbehandlung wird über die elektronische Gesundheitskarte/Einweisung des behandelnden Arztes abgerechnet. Bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung zahlen Versicherte ab 18 Jahren innerhalb eines Kalenderjahres eine Zuzahlung in Höhe

von täglich 10 EUR (für maximal 28 Tage) an das Krankenhaus.

Tipp:

Ergänzen Sie Ihre Leistungen mit den Zusatztarifen des Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

Krebsfrüherkennung

Es bestehen heute gute Chancen auf eine Heilung oder Abwendung schlimmerer Folgen, wenn es gelingt, krankheitsbedingte Veränderungen frühzeitig zu erkennen. Daher übernehmen wir einmal im Jahr die Kosten von Krebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen ab 20 Jahren (Gebärmutterhals), ab 30 Jahren (Brust) und für Männer ab 45 Jahren (Prostata). Zusätzlich wird bei Frauen und Männern ab 35 Jahren ein Hautkrebs-Screening (alle zwei Jahre) und ab 55 Jahren wahlweise ein Test auf okkultes Blut im Stuhl (alle zwei Jahre) oder eine Darmspiegelung (zwei Mal in 10 Jahren) übernommen.



Künstliche Befruchtung

Sie hegen seit langem einen Kinderwunsch, der sich aber bisher nicht erfüllt hat? Eine künstliche Befruchtung kann Ihnen helfen, Ihren Wunsch dennoch zu erfüllen. Die Kostenübernahme erfolgt in Höhe von 50 % der Kassensätze für die künstliche Befruchtung und in diesem Zusammenhang verordnete Medikamente. Damit die Kosten für eine künstliche Befruchtung übernommen werden können, muss vor Behandlungsbeginn ein Behandlungsplan zur Genehmigung eingereicht werden. Es dürfen nur Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden. Beide Ehepartner müssen mindestens 25 Jahre alt sein. Die Frau darf zum Zeitpunkt der künstlichen Befruchtung noch nicht 40 Jahre alt und der Mann noch nicht 50 Jahre alt sein.

Mutterschaftsgeld

Finanzielle Sicherheit ist für werdende Mütter wichtig. Ihnen steht während der gesetzlichen Schutzfristen anstelle des bisherigen monatlichen Einkommens Mutterschaftsgeld zu. Versicherungspflichtige Arbeitnehmerinnen erhalten ein Mutterschaftsgeld in Höhe des bisherigen Nettoverdienstes, sofern alle gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Wir übernehmen maximal 13 EUR je Kalendertag. Eine eventuell verbleibende Differenz trägt der Arbeitgeber. Besondere Regelungen gelten bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie bei Frauen, die nicht in einem Arbeitsverhältnis stehen.

Pflegeversicherung

Als Versicherte der Debeka BKK sind Sie automatisch auch in unserer Pflegekasse versichert. Die Leistungen der Pflegekasse bemessen sich an der Einstufung in Pflegegrade und umfas-

sen die Grundpflege, die hauswirtschaftliche Versorgung sowie ergänzende Leistungen wie Pflegehilfsmittel, technische Hilfsmittel und auch die soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen.



Psychotherapie

Alle psychotherapeutischen Behandlungen haben gemeinsam, dass sie über das persönliche Gespräch erfolgen, das durch spezielle Methoden und Techniken ergänzt werden kann. Jeder unserer Versicherten kann direkt zu einem zugelassenen (Vertrags-)Psychotherapeuten oder entsprechenden Vertragsarzt (vgl. § 28 Abs. 3 SGB V) seiner Wahl gehen. Bitte beachten Sie, dass Psychotherapie eine antrags- und genehmigungspflichtige Leistung ist.

Hinweis: Weitere Informationen zum Thema Psychotherapie finden Sie auf unserer Website. Hier finden Sie auch Hinweise zu Anlaufstellen und Ansprechpartnern.

Rehasport

Im Rahmen des Rehabilitationssports können 50 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 18 Monaten in Anspruch genommen und abgerechnet werden. Je nach Schweregrad der Erkrankung verordnen die Ärzte gegebenenfalls auch 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (bspw. bei Morbus Parkinson oder Multipler Sklerose). Bei chronischen Herzkrankheiten Erwachsener umfasst der Koronarsport 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang sogar 120 Übungseinheiten im gleichen Zeitraum.

Schutzimpfungen

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen, um sich vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut erstellt die Impfpläne für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Diese Empfehlungen werden ständig überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. Wir übernehmen die Kosten für alle empfohlenen Schutzimpfungen nach der STIKO, für Erwachsene ebenso wie für Kleinkinder (u. a. gegen Diphtherie, Kinderlähmung, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln und Keuchhusten).

Schwangerschaft und Entbindung

Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind ermöglichen ein rechtzeitiges Erkennen und Behandeln von etwaigen Komplikationen. Wir

wollen, dass Frauen während ihrer Schwangerschaft und der Geburt ihres Kindes umfassend versorgt werden. Unsere Leistungen beinhalten die ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, eine zuzahlungsbefreite Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (im Zusammenhang mit der Entbindung sowie Schwangerschaftsbeschwerden), die Entbindung sowie ggf. häusliche Pflege oder auch Haushaltshilfe.



Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen dienen dazu, Ihre Gesundheit zu erhalten oder diese wieder herzustellen. Wir übernehmen ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie stationäre Vorsorgeleistungen. Ebenso übernehmen wir Kosten für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen. Bei derartigen geplanten Maßnahmen ist vorab ein Antrag zu stellen. Sprechen Sie uns oder Ihren Arzt gern dazu an.



Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Damit sich Ihr Kind gesund entwickelt, bieten wir Ihrem Kind ein umfangreiches Untersuchungsprogramm, von der Geburt bis ins Erwachsenenalter an. Das Untersuchungsprogramm sieht elf Untersuchungen (U1-U9, zusätzlich U7a und J1) in fest definierten Zeiträumen vor. Der Arzt schaut, dem Alter Ihres Kindes entsprechend, auf Körpermaße, Organe, Reflexe, Motorik und Verhaltensweisen. Die Ergebnisse dokumentiert er im Kinderpass. Die Abrechnung erfolgt über die elektronische Gesundheitskarte.

Zahnersatz

Gesunde Zähne und ein strahlendes Lächeln wünscht sich wohl jeder. Sollte doch einmal ein Zahnersatz notwendig werden, stellt Ihnen der Zahnarzt vor der Behandlung einen Heil- und Kostenplan aus. Diesen reichen Sie uns ein, damit wir unseren befundbezogenen Festzuschuss eintragen können. Der Festzuschuss beträgt 50 % der, für die jeweilige Regelversorgung, festgesetzten Beträge. Sofern Sie uns für die letzten 5 bzw. 10 Jahre kalenderjährlich wenigstens eine erfolgte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nachweisen können, beträgt unser Zuschuss 60 % bzw. 65 % der Kosten für die jeweilige Regelversorgung.

Tipp:

Schließen Sie Ihre Versorgungslücke mit einem Zusatztarif des Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

Unsere Services

Kundencenter

Sie haben Fragen rund um Ihre Mitgliedschaft? Wir beraten Sie gerne. Wir sind täglich von Montag bis Freitag in der Zeit von 8 bis 17 Uhr für Fragen zu Ihrer Mitgliedschaft, Versicherung und Ihren Leistungen da. Telefonisch erreichen Sie uns unter der Nummer 0261 94143 - 0.

Gesundheitsberatung

Sie haben Fragen rund um Ihre Gesundheit? Dann sind Sie bei unserer Hotline genau richtig. Die Spezialisten unseres Gesundheitsservices stehen Ihnen montags bis freitags in der Zeit von 8 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 0800 - 3000 440 für Ihre Fragen zur Verfügung.

App/OGS

Mit unserer mobilen Service-App und Online-Geschäftsstelle (OGS) möchten wir unseren Versicherten einen nutzerzentrierten Mehrwert bieten. Durch beide Kanäle erhalten Sie die Möglichkeit, Ihre Anliegen jederzeit und digital an uns zu übermitteln. Somit kann die Beratungszeit verkürzt und eine zielgerichtete Beantwortung Ihrer Fragestellungen effizient sichergestellt werden.



Scan me!

Weitere Informationen

Um auf unsere Website zu gelangen, scannen Sie einfach den QR-Code ein oder besuchen Sie uns unter www.debeka-bkk.de.



Scan me!

Debeka BKK

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz
Telefon 0261 94143 - 0 | info@debeka-bkk.de

www.debeka-bkk.de

