

Ihr Weg zur Ambulanten Vorsorgeleistung

in Deutschen Heilbädern und Kurorten (für gesetzlich Krankenversicherte)

Was wird beantragt?

Ambulante Vorsorgeleistung oder (teil-)stationäre Vorsorgeleistung
in anerkannten deutschen Heilbädern und Kurorten / Gesetzesgrundlage: § 23, 2 SGB V

Warum?

Eine Ambulante Vorsorgeleistung setzt dann an, wenn erste Symptome erscheinen, die Gesundheit geschwächt ist, Krankheiten verhütet oder deren Verschlimmerung sowie Pflegebedürftigkeit vermieden werden sollen. Sie wirkt präventiv und festigt die Gesundheit.

Der Antrag

Behandelnder Arzt und Versicherter stellen gemeinsam den Antrag.
Der Antrag wird bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestellt und muss vor Beginn der Maßnahme bewilligt werden.

Die Kosten

Die Ambulante Vorsorgemaßnahme beträgt in der Regel 3 Wochen, Verlängerung nicht ausgeschlossen. Eine Antragstellung ist alle 3 Jahre möglich. Die GKV übernimmt folgende Kosten: 100% Badearzt & 90% Kurmittel. Für die Unterkunft gibt die GKV einen Zuschuss von bis zu 16 € pro Tag. Sie als Versicherter tragen die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung sowie 10 € pro Verordnung und 10% der Kurmittel-Kosten.

Die Ablehnung

Die Ambulanten Vorsorgeleistungen gehören laut § 23, 2 SGB V zu den Pflichtleistungen der GKV. Sollte dennoch eine Ablehnung erfolgen, muss innerhalb von 4 Wochen nach Zugang des Bescheides Widerspruch eingelegt werden.