

Herzlichen Dank für Ihr Interesse an einer stationären Maßnahme in einer Einrichtung der Kur + Reha GmbH des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Baden-Württemberg.

Privatversicherte und beihilfeberechtigte Personen stellen den Antrag selbst bei Ihrer Versicherung oder Beihilfestelle.

| Privat versichert und NICHT beihilfeberechtigt | Privat versichert UND beihilfeberechtigt |
|---|--|
| Prüfen Sie im Vorfeld, ob die Leistung „Mutter-/ Vater-Kind-Maßnahme“ in Ihrer Versicherungs-Police mit-versichert ist. Sie müssen sich die Notwendigkeit der Durchführung einer stationären Maßnahme über Ihren Arzt bestätigen lassen. Diese Bescheinigung reichen Sie dann Ihrer privaten Krankenversicherung zur Prüfung einer Kostenübernahme ein. | Die Beihilfe als Hauptversicherungsstelle und Ihre private Krankenversicherung sind zuständig. Sie müssen den Antrag auf Kostenerstattung bei Ihrer Beihilfestelle anfordern. Dort erhalten Sie die notwendigen Antragsunterlagen, die Ihnen Ihr Arzt ausfüllt. Diese Unterlagen reichen Sie bei Ihrer Beihilfestelle ein, damit für Sie, wenn notwendig, eine Untersuchung beim Amtsarzt eingeleitet wird. Je nach Versicherungsart und Umfang kann die Krankenversicherung einen Teil Ihrer Restkosten übernehmen. |

Einen Termin reservieren können Sie telefonisch von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 16:30 Uhr (keine Onliner Reservierung möglich). Nach der Reservierung erhalten Sie eine Terminbestätigung, die Sie dem Amtsarzt bzw. der Beihilfestelle vorlegen können.

Ist Ihre Maßnahme bewilligt, senden Sie uns bitte zu:

- Kostenzusagen der Beihilfestelle bzw. der privaten Versicherung (Kopie ausreichend)
- Anmeldebogen
- ärztliche Unterlagen (Kopie ausreichend)
- Kostenübernahmeerklärung von Ihnen ausgefüllt und unterschrieben

Ihre Unterlagen werden an die ausgesuchte Klinik weitergeleitet und Sie erhalten von dort ein Einladungsschreiben.

Drei Wochen vor Anreise bekommen Sie eine Rechnung über die voraussichtlichen Gesamtkosten des Aufenthalts. Diese Rechnung ist zahlbar bis spätestens 10 Tage vor Anreise.

Die Kostenzusage ist in der Regel 4 Monate gültig. In diesem Zeitraum muss die Maßnahme angetreten werden.
Abrechnungsarten der Beihilfestellen bitte jeweils dort erfragen

| |
|-----------------------------|
| Pauschale Abrechnung |
|-----------------------------|

| |
|--|
| Die Beihilfestelle legt den pauschalen Tagessatz der Klinik zugrunde und erstattet hiervon die Kosten gemäß Ihrer Beihilfefähigkeit. |
|--|

| |
|--|
| Die Restkosten können Sie dann Ihrer privaten Versicherung in Rechnung stellen oder selbst tragen. |
|--|

**Für weitere Fragen erreichen Sie uns kostenfrei unter der Rufnummer:
0 800 2 23 23 73 (Mo-Fr von 8.00 bis 19.00 Uhr).**

Mit freundlichen Grüßen
Kur + Reha GmbH

Anlagen:

- Klinik-Preisliste
- Kostenübernahmeerklärung
- Anmeldeformular

Preise für Beihilfe- und Privatpatienten

gültig ab 01.07.2022 (vorbehaltlich zwischenzeitlicher Preisanpassungen)

| Klinik, Ort | IK- Kennzeichen | Preis /Nacht Patient |
|--|-----------------|----------------------|
| Rehaklinik Borkum, Borkum | 510 344 937 | 87,05 € |
| Rehaklinik Waldfrieden, Buckow | 511 201 005 | 86,79 € |
| Rehaklinik Schwabenland, Dürmentingen | 510 840 632 | 92,60 € |
| Rehaklinik Feldberg, Feldberg-Altglashütten | 510 831 221 | 95,32 € |
| Thure von Uexküll-Klinik, Reha-Abt., Glottertal | 570 830 082 | 159,90 € |
| Rehaklinik Buching, Halblech | 510 925 291 | 159,53 € |
| Mutter-Kind-Klinik Nordlicht, Horumersiel | 570 300 138 | 77,49 € |
| Rehaklinik Birkenbuck, Malsburg-Marzell | 570 830 071 | 152,85 € |
| Rehaklinik Kandertal, Familien, Malsburg-Marzell | 510 831 551 | 160,00 € |
| Rehaklinik Kandertal, junge Erwachsene | 510 835 817 | 162,15 € |
| Mutter-Kind-Klinik Saarwald, Nohfelden | 511 002 275 | 89,09 € |
| Rehaklinik Selenter See, Selent | 570 100 089 | 84,21 € |
| Rehaklinik Zorge, Walkenried | 510 310 595 | 84,08 € |

Anerkennung: Alle Kliniken sind beihilferechtlich anerkannt. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie direkt von der jeweiligen Klinik.

Abrechnung: Die Pauschalabrechnung erfolgt auf der Grundlage des niedrigsten Vergütungssatzes des zuständigen Sozialversicherungsträgers. Genannte Pauschalsätze gelten immer pro Person/Nacht. Einzelleistungen, die aus der Einweisungsdiagnose resultieren, wie Medikamente, Arztkosten etc. sind bereits im Pauschalpreis enthalten. Die Behandlung von interkurrenten Erkrankungen (Akuterkrankungen während des Aufenthaltes) werden ggf. separat berechnet.

Kurtaxe Die örtliche Kurtaxe wird gemäß aktueller Satzung der jeweiligen Gemeinde zusätzlich pro Übernachtung in Rechnung gestellt. Diese ist gleichfalls bereits in dem Pauschalpreis enthalten.

Zahlung: Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Selbstzahler und Beihilfeberechtigte bereits vor Antritt der stationären Maßnahme den vollen Rechnungsbetrag zu leisten haben. Für Beihilfeberechtigte besteht grundsätzlich die Möglichkeit, bei ihrer Beihilfestelle einen **Antrag zur Direktabrechnung** mit der stationären Einrichtung zu stellen. Der Antrag des Beihilfeberechtigten zur Direktabrechnung ermächtigt die stationäre Einrichtung, direkt mit der Beihilfestelle abzurechnen und erlaubt der Beihilfestelle, die Beihilfe unmittelbar an die Einrichtung auszusahlen. **Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Beihilfestelle rechtzeitig über das Antragsverfahren** und die weiteren Einzelheiten. In der Regel übernimmt die Beihilfestelle maximal 80 % der beihilfefähigen Aufwendungen. Den Differenzbetrag müssen Sie selbst tragen, sofern Sie keine zusätzliche private Versicherung haben, welche die Kosten übernimmt. **In jedem Fall** ist der Differenzbetrag vor Antritt der stationären Maßnahme an uns zu leisten.

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, für meinen Aufenthalt in der

Klinik _____

und für unten genannte Familienangehörige als Hauptkostenträger einzutreten.

Tagessatz pauschalisiert (siehe Preisliste) entspricht dem günstigsten GKV-Satz von z.Zt. _____ € pro Person. Die Abrechnung erfolgt über diesen einen Betrag.

| Teilnehmer | Name | Vorname | Geburtsdatum |
|-------------------|------|---------|--------------|
| Patient/Patientin | | | |
| Kind 1 | | | |
| Kind 2 | | | |
| Kind 3 | | | |
| Kind 4 | | | |

Ich bestätige, die aktuelle Preisliste für Privatzahler erhalten zu haben. Diese ist Grundlage für die Abrechnung der Leistungen. Ich erhalte drei Wochen vor Anreise eine Rechnung über die voraussichtlichen Gesamtkosten des Aufenthalts. Diese Rechnung ist zahlbar bis spätestens 10 Tage vor Anreise. Etwaige Mehrkosten werden nach Beendigung der Maßnahme berechnet.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte nicht ausfüllen:

Klinik:
Anreise:
Abreise:

Anmeldung zu einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme / (privatversichert, beihilfeberechtigt):

Personalien Erwachsener

| | | | |
|----------|--|------------------|---|
| Name: | | Geb.-Datum: | |
| Vorname: | | Telefon: | |
| | | Handy: | |
| Straße: | | Email: | |
| PLZ: | | Berufstätig als: | |
| Ort: | | Familienstand: | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet |
| | | | Schwangerschaft : Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Personalien der Kind/er

| Kind 1 | Kind 2 | Kind 3 | Kind 4 |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Vorname / Name: | Vorname / Name: | Vorname / Name: | Vorname / Name: |
| Geboren am: | Geboren am: | Geboren am: | Geboren am: |
| Geschlecht: | Geschlecht: | Geschlecht: | Geschlecht: |
| Name Versicherung: | Name Versicherung: | Name Versicherung: | Name Versicherung: |
| Versichertennummer: | Versichertennummer: | Versichertennummer: | Versichertennummer: |
| Vorname / Name: | Vorname / Name: | Vorname / Name: | Vorname / Name: |
| Geboren am: | Geboren am: | Geboren am: | Geboren am: |
| Geschlecht: | Geschlecht: | Geschlecht: | Geschlecht: |
| Name Versicherung: | Name Versicherung: | Name Versicherung: | Name Versicherung: |
| Versichertennummer: | Versichertennummer: | Versichertennummer: | Versichertennummer: |

Wen können wir im Krankheitsfall (während der Maßnahme) benachrichtigen?

| | | | |
|----------|--|----------|--|
| Name: | | Telefon: | |
| Vorname: | | eMail: | |

Haben Sie einen Wunschzeitraum?

Haben Sie besondere Wünsche an die Einrichtung?

| |
|--|
| |
| |

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datenschutzhinweis: Die personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der maßgebenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung der Kur (Vorbereitung mit Finanzierung, Information an Arzt usw.) erforderlich.