

Der Versicherte kann das Krankenhaus wählen, in dem er sich behandeln lassen möchte. Einige Behandlungen werden ambulant durchgeführt, die versicherte Person kann nach Abschluss des Eingriffs nach Hause zurückkehren. Andere erfordern einen Krankenhausaufenthalt, der Versicherte verbringt die Nacht im Krankenhaus.



Was wird übernommen?

Das Krankenhaus muss den Patienten über die finanziellen Bedingungen seines Aufenthaltes informieren, einschließlich die vom Patienten zu zahlenden Beträge.

Behandlungskosten

Die Kosten in Verbindung mit der ambulanten oder stationären Behandlung (z.B. Krankenpfleger, Infrastruktur und Krankenhausausrüstung) werden vollständig übernommen.

Arzthonorare

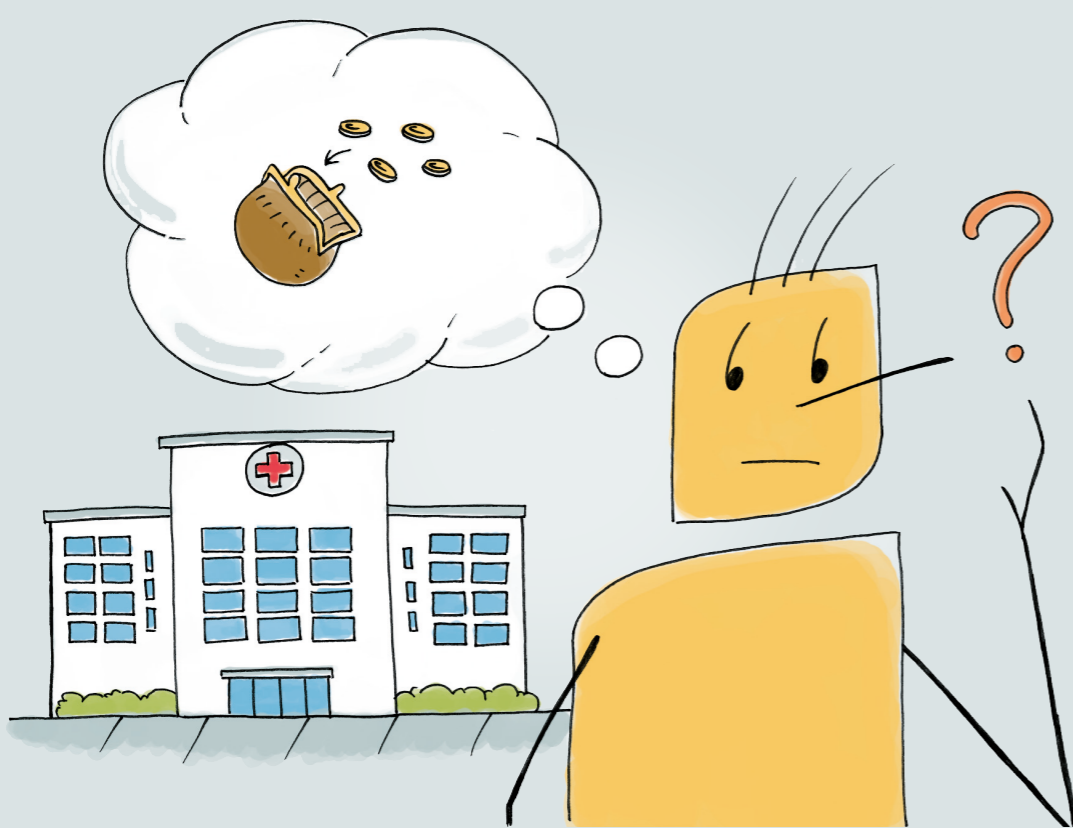
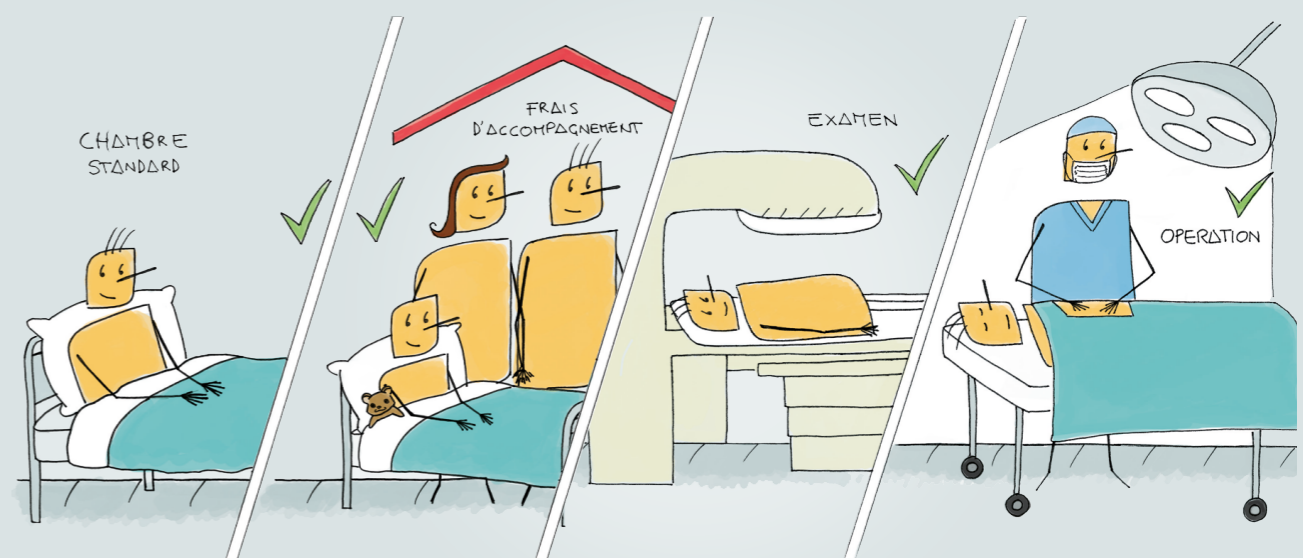
Der Erstattungssatz der Arzthonorare variiert je nach Art des Aufenthaltes (ambulant oder stationär).

Aufenthaltskosten

Die CNS übernimmt die Kosten für den Krankenhausaufenthalt in Standardzimmern (ohne mögliche Zuschläge und tägliche Beiträge).

Kosten für eine Begleitperson

Die CNS übernimmt die Bereitstellung eines Bettes für die Begleitperson eines Kindes unter 14 Jahren.



Was wird nicht übernommen?

Täglicher Beitrag

Stationär: Versicherte Personen, mit Ausnahme von Kindern unter 18 Jahren, müssen einen Tagesbeitrag von 22,54 Euro (Index 834,76 am 01.01.2021) für maximal 30 Tage pro Kalenderjahr zahlen. Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes nach der Geburt ist dieser Beitrag in den ersten 12 Tagen nicht fällig.

Ambulant: Versicherte Personen, mit Ausnahme von Kindern unter 18 Jahren, die unter Beobachtung stehen oder sich in der Tagesklinik aufhalten, zahlen einen Tagesbeitrag von 11,27 Euro (Index 834,76 am 01.01.2021).

Zuschläge

Der Patient wird im Voraus darüber informiert, dass jede gewählte Komfortleistung zu seinen Lasten sein wird. Dies sind zum Beispiel:

- persönliche Ansprüche (Telefon, Fernseher, Internetzugang usw.);
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Einzelzimmer auf Wunsch des Patienten;
- ein Zuschlag der Arzthonorare von 66% gegenüber den offiziellen Tarifen.

Kosten für die Verpflegung einer Begleitperson

Die Kosten für die Verpflegung (Mahlzeiten) sind zu Lasten der Begleitperson.

Leistungen die nicht von der Krankenkasse vorgesehen sind

Einige medizinische Leistungen werden nicht von der Krankenversicherung übernommen (z. B. rein kosmetische Chirurgie). Bei diesen Leistungen werden die anfallenden Krankenhauskosten auch nicht übernommen.

Zahlungsmethode und Rückerstattungssatz

Rechnungen für Krankenhausleistungen

Diese Rechnungen werden vollständig und direkt von der CNS übernommen. Sie beinhalten die Krankenhauskosten für die verschiedenen Besuche in den Einheiten und Abteilungen des Krankenhauses und werden direkt vom Krankenhaus an die CNS weitergeleitet.

Rechnungen für Arzthonorare

Jeder Arzt, der während der Krankenhausbehandlung konsultiert wird, erstellt seine eigenen Rechnungen. Der Versicherte muss die Kosten im Voraus bezahlen und eine Rückerstattungsanfrage an die CNS senden.

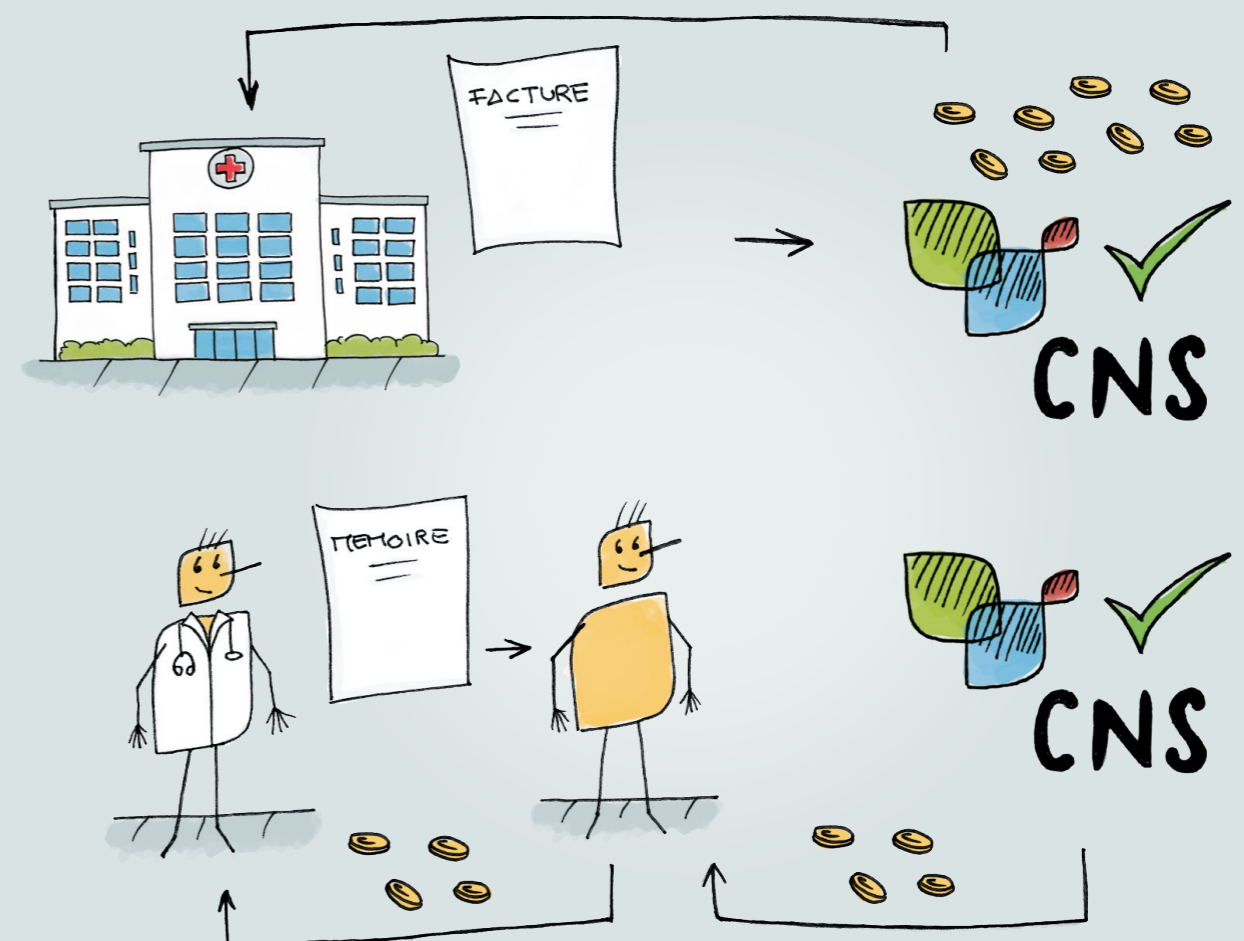
Während einer ambulanten Behandlung:

Die Honorarabrechnungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung werden für Erwachsene in Höhe von 88% der festgelegten Tarife übernommen und zu 100% für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

Während einer stationären Behandlung:

Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung (=ambulant unter Beobachtung) werden die Honorarabrechnungen der Ärzte in Höhe von 100% der Tarife, die in der Ärztenomenklatur stehen, übernommen (ohne die 66%ige Erhöhung bei einer Behandlung im Einzelzimmer).

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als drei Tagen oder bei einer Honorarabrechnung pro Fachbereich von mehr als 100 EUR kann der Arzt die Honorarabrechnungen jedoch direkt an die CNS senden.



Mehr dazu:

www.cns.lu > Versicherte > Privatleben > Erstattete Leistungen > Krankenhäuser in Luxemburg