

Gültig ab 01.10.2014

Teil III Tarif NH Zusatzversicherung für Naturheilverfahren für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basis-tarif

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

Versicherungsleistungen

Kosten einer ambulanten Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Kosten für:

1. Naturheilverfahren

Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen, amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einschließlich der im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Arznei- und Verbandmittel.

2. Heilpraktiker

Behandlung einschließlich Heilmittel durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung verordneten Arznei- und Verbandmittel. Ausgenommen sind Behandlungen einschließlich Heilmittel durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z.B. für Psychotherapie, für Physiotherapie) haben.

3. Osteopathie

Osteopathische Behandlungen bis zu sechs Sitzungen je Kalenderjahr mit maximal 60,00 EUR Erstattungsbetrag pro Sitzung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung aufgrund ärztlicher Verordnung durch Angehörige der Heilfachberufe (z.B. Physiotherapeut) oder ohne ärztliche Veranlassung durch Heilpraktiker durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

4. Umfang der Kostenerstattung nach Ziffer 1. - 3.

Die Kosten nach Ziffer 1., 2. und 3. sind begrenzt auf einen Erstattungsbetrag bis zu 200 EUR im ersten Kalenderjahr, bis zu 300 EUR im zweiten Kalenderjahr und ab dem dritten Kalenderjahr bis zu insgesamt 1.000 EUR pro Kalenderjahr und werden

zu 100% erstattet, wenn auch die GKV oder der Basistarif hierfür Leistungen erbringt; nicht erstattet werden gesetzliche Zuzahlungen der GKV und Zuzahlungen des Basistarifs,

zu 80% erstattet, wenn die GKV oder der Basistarif hierfür keine Leistungen erbringt.

Nicht erstattet werden

- Mehrkosten nach Ziffer 1., 2. und 3., die für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person entstehen

- psychotherapeutische Behandlungen

- Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (z.B. Vitamine / Mineralstoffe), kosmetische Präparate, Potenz-, Verhütung-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle- und Anti-Aging-Präparate sowie Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden. Dies gilt auch wenn sie verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten. Sie gelten nicht als Arzneimittel nach Ziffer 1. und 2.

5. Vorsorgeuntersuchungen / Schutzimpfungen

Kosten für medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen. Hierzu gehören auch medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen, die als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gelten sowie Kosten für Schutzimpfungen (inklusive Reiseimpfungen) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Die Kosten werden bis zu einem Betrag von 150 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet.

6. Sehhilfen

Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen. Tritt der Sozialversicherungsträger in Vorleistung oder werden Leistungen aus dem Basistarif bezogen, sind die Restkosten erstattungsfähig.

Die Kosten werden bis zu einem Betrag von 125 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet.

7. Stationäre Heilbehandlung

Nach Vorleistung der GKV (für Versicherte im Basistarif: nach Vorleistung aus dem Basistarif) sind die Kosten erstattungsfähig für Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V*, die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit diese die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV keine Leistung erbringt, sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig. Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegeverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Anpassung von Versicherungsleistungen

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 MB/KK 2009 berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen (z.B. Höchstgrenzen bei der Erstattung von Naturheilverfahren) an die Preisentwicklung anzupassen.

Kündigungsrecht des Versicherers / Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

*SGB V § 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.