

Ergänzungsversicherung für GKV-Versicherte

Tarif 723 - ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB 2013)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung
Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN**

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Endet die Mitgliedschaft bei der GKV, so ist die Beendigung dem Versicherer innerhalb zweier Monate mitzuteilen und nachzuweisen. Die Versicherung endet zum Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der GKV geendet hat.

B. Leistungen des Versicherers

1. Tarif 723 für ambulante Heilbehandlung und Zahnbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind **80 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Restkosten** für

- a) **ärztliche Leistungen**
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (s. Anhang) nicht überschreiten
und
ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - Die sog. **Praxisgebühr** wird nicht erstattet.
 - Als **Arzneimittel** gelten **nicht** Ovulationshemmer, Geriatria, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, Desinfektions- sowie potenzfördernde und kosmetische Mittel, Mineralwässer, Trinkkuren, auch wenn sie vom Arzt verordnet sind.
- b) **psychotherapeutische Behandlung**
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang) nicht überschreitet
 - Erstattungsfähig sind bis zu 40 Sitzungen im Versicherungsjahr.
- c) Leistungen durch **Hebammen und Entbindungspfleger**
soweit sie zu den in Deutschland ortsüblichen Preisen berechnet werden.
- d) **ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege**
Häusliche Behandlungspflege (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) stellt eine ärztliche Tätigkeit dar, die regelmäßig von einem Arzt an Pflegefachkräfte delegiert wird. Diese dient dazu, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhindern und Beschwerden zu lindern.
- e) **gezielte Vorsorgeuntersuchungen**
Zu den gezielten Vorsorgeuntersuchungen zählen auch die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 - 29 GOÄ berechnet werden.
- f) **Impfungen**
Hierzu zählen auch die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen (s. Anhang).
- g) **logopädische Behandlung**
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.
- h) **Transporte**
 - zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und vom Arzt verordnet.
 - Die Erstattung ist je Versicherungsjahr auf 400 EUR begrenzt.
- i) **Heilmittel**
 - soweit sie ärztlich verordnet sind.
 - Erstattungsfähig sind die Kosten für Heilmittel in angemessener Höhe. Als nicht unangemessen ist eine Vergütung anzusehen, die sich an den Beihilfevorschriften (BhV) des Bundes orientiert.
 - Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der Ergotherapie und der physikalischen Medizin.
Die in der GOÄ genannten physikalisch-medizinischen Leistungen zählen in jedem Fall zu den erstattungsfähigen Behandlungen.
- k) **Hilfsmittel** (ohne Sehhilfen)
 - Als Hilfsmittel gelten:
Bandagen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Kompressionsstrümpfe, Leibbinden, orthopädische Maßschuhe bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 EUR je Versicherungsjahr, orthopädische Schuhzurichtungen;
Geh- und Stützapparate, Rollatoren;
elektrisch betriebene Krankenfahrstühle (bis zum erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1500 EUR);
handgetriebene Krankenfahrstühle;
Perücken bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 400 EUR bei Folgen einer Bestrahlungs- oder Chemotherapie, Körperersatzstücke (z.B. Prothesen, Epithesen, Kunstaugen);
Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;
Heimdialysegeräte;
Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte;
Milchpumpen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 50 EUR;
Überwachungsmonitore für Säuglinge;
Elektronische Lesegeräte bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 EUR;
Hörgeräte einschließlich Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien;
Sprechhilfen (elektronischer Kehlkopf) einschließlich Erstausrüstung mit Batterien;

- Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung – nicht aber der Unterhalt – eines Blindenhundes;
Inkontinenzartikel nach Operationen, Stoma- und Tracheostomaartikel sowie enterale Ernährung und Zubehör.
 - Darüber hinaus sind weitere Hilfsmittel in den Fällen erstattungsfähig, in denen sie eine lebenserhaltende Funktion einnehmen, die durch keines der vorgenannten Hilfsmittel oder durch eine andere zur Verfügung stehende Therapieform gewährleistet werden kann.
 - Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich.
- 1.2 Erstattungsfähig sind **100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Restkosten** für **Sehhilfen** (Brillen, Kontaktlinsen)
- Die Erstattung ist je Versicherungsjahr auf 150 EUR begrenzt.
- 1.3 Erstattungsfähig sind **80 % der Kosten** für
- Behandlung durch Heilpraktiker**
soweit sie im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) berechnet werden darf und deren Höchstbeträge nicht übersteigt
und von diesem verordnete
Arznei- und Verbandmittel, Laboruntersuchungen sowie Röntgenleistungen
- Die Erstattung ist je Versicherungsjahr auf 800 EUR begrenzt.
 - Als **Arzneimittel** gelten **nicht** Ovulationshemmer, Geriatria, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, Desinfektions- sowie potenzfördernde und kosmetische Mittel, Mineralwässer, Trinkkuren, auch wenn sie vom Heilpraktiker verordnet sind.
- 1.4 Erstattungsfähig sind **80 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Restkosten** für
- Zahnbehandlung**
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang) nicht überschreiten
und
dafür erforderliche, zu den ortsüblichen Preisen berechnete, **zahntechnische Laborarbeiten und Materialien**
- Als **Zahnbehandlung** gelten:
konservierende Behandlung (Wurzelbehandlungen, Füllungen einschließlich Inlays, Behandlung von Mundkrankheiten); operative Behandlung (Extraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Zahnausmeißelungen, Vor- und Nachbehandlung); Röntgenaufnahmen von Zähnen; Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten; prophylaktische Leistungen.
 - Die Erstattung ist je versicherte Person und je Versicherungsjahr auf 1.000 EUR begrenzt.
 - Für Zahnbehandlungen aufgrund eines nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfalls entfällt die betragsmäßige Begrenzung.
- 1.5 Wählt der Versicherte bei der **GKV** einen **Selbstbehalt**, um seinen Beitrag zu reduzieren, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung der GKV.
- 1.6 Auf den **Kostenbelegen** muss die **Vorleistung der GKV bestätigt** sein. Das jeweilige **Abrechnungsschreiben** ist zusammen mit den Kostenbelegen zur Leistungsprüfung vorzulegen. Aus der Abrechnung der GKV müssen sich deren Einzelleistungen (Erstattungsbetrag, Verwaltungsgebühr, Praxisgebühr, Selbstbehalt, sonstige Gebühren) ergeben.
Das gilt nicht bei Aufwendungen für Leistungen des Heilpraktikers (Ziff. 1.3).
- Wird **keine Vorleistung** erbracht und sind die sonstigen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch aus diesem Tarif gegeben, erfolgt die Kostenerstattung mit den bei den einzelnen Leistungen angegebenen Sätzen. Das Ablehnungsschreiben ist zur Leistungsprüfung vorzulegen. Ein Vermerk des Arztes oder Zahnarztes, dass die Rechnung keine GKV-Leistungen enthält, wird akzeptiert.
- 1.7 **Nicht erstattungsfähig** sind die anlässlich von Kuren (und Entziehungskuren) entstehenden Kosten, auch wenn sie von einem Heilbehandler angeordnet sind.
- 1.8 Mit Zustimmung des Treuhänders können im Rahmen einer Beitragsanpassung auch die betragsmäßig festgelegten Höchsterstattungsbeträge erhöht werden.

C. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Anhang

Höchstsätze der GOÄ sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

Höchstsatz der GOZ bzw. GOP ist derzeit der 3,5-fache Satz.

Von der Ständigen Impfkommision empfohlene **Schutzimpfungen** sind zurzeit u. a. diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.