

KRANKENKASSE LUZERNER HINTERLAND

*ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
ÜBER DIE KRANKENPFLEGE-ZUSATZVERSICHERUNG
(ABT. V)
AUSGABE 2014*

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Zweck
- 1.2. Versicherte Personen
- 1.3. Leistungsvoraussetzung

2. Ärztliche Behandlung

- 2.1. Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

3. Prävention

- 3.1. Impfungen
- 3.2. Mutterschaft
 - 3.2.1. Geburtsvorbereitung
- 3.3. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten
- 3.4. Weitere Präventivmassnahmen

4. Hilfsmittel

- 4.1. Brillen
- 4.2. Übrige Hilfsmittel

5. Zahnärztliche Behandlung

- 5.1. Weisheitszähne
- 5.2. Leistungen für Kinder und Jugendliche
- 5.3. Leistungen des Gemeinwesens
- 5.4. Leistungserbringer und Tarif

6. Alternativmedizin

- 6.1. Leistungsvoraussetzung
- 6.2. Akupunktur
- 6.3. Naturärztliche Behandlung
- 6.4. Erfahrungsmedizinische Methoden
- 6.5. Natürliche Heilmittel
- 6.6. Natürliche Heilmethoden

7. Nicht-Pflichtmedikamente

8. Ambulante Badekuren

9. Psychotherapeutische Behandlung

- 9.1. Leistungsumfang
- 9.2. Leistungsvoraussetzung
- 9.3. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

- 10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
 - 10.1.1. Leistungsumfang
 - 10.1.2. Selbstbehalt
 - 10.1.3. Leistungen Dritter
- 10.2. Suchaktionen

11. Kostenbeteiligung

Krankenkasse Luzerner Hinterland 6144 Zell Tel. 041/989 70 00

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. ZWECK

Die Krankenpflegezusatzversicherung erbringt Leistungen an ambulante ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Kuren, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, sowie Nichtpflichtmedikamente.

Die Leistungen werden in der Regel im Nachgang zu allen anderen Versicherungsabteilungen erbracht. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung gehen denjenigen aus dieser Versicherungsabteilung vor.

1.2. VERSICHERTE PERSONEN

Im Krankenpflegezusatz können sich Personen ohne Altersbeschränkung versichern.

1.3. LEISTUNGSVORAUSSETZUNG

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür von der Kasse anerkannt sind. Die Kasse führt eine Liste (EMR-Liste) über die anerkannten Personen, die jederzeit verlangt oder eingesehen werden kann.

2.1. BEHANDLUNGEN AUSSERHALB DES WOHN- UND ARBEITSORTES

Für ambulante Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, ist im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der am Behandlungsort gültige KVG-Tarif voll gedeckt.

3. Prävention

3.1. IMPFUNGEN

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz bei privaten Reisen ins Ausland dienen, werden 50% der effektiven Kosten, höchstens aber Fr. 200.-- pro Kalenderjahr vergütet. Keine Leistungen werden erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

3.2. MUTTERSCHAFT

3.2.1. Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungsgymnastik) bei einer qualifizierten Lehrerin werden 70% der Kosten, maximal Fr. 300.-- pro Schwangerschaft entrichtet. Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden an diese Leistungen angerechnet.

3.3. KURSE ZU GESUNDHEITSFÖRDERNDEM VERHALTEN

An die ausgewiesenen Kosten eines ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Rückenschule, Ernährungsberatung) wird ein Beitrag von 50%, maximal Fr. 200.-- innert zwei Kalenderjahren geleistet.

3.4. WEITERE PRÄVENTIVMASSNAHMEN

An weitere anerkannte Präventivmassnahmen können Beiträge entrichtet werden.

4. Hilfsmittel

4.1. BRILLEN

Sofern aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgrund der Indikation keine Leistungen erbracht werden, wird an die Kosten der zur Sehkorrektur benötigten Brillengläser und Kontaktlinsen ein Beitrag entrichtet. Der Beitrag wird Erwachsenen innerhalb von 2 Kalenderjahren, bei Kindern jährlich ausgerichtet:

KRANKENPFLEGEZUSATZ: 50% der Kosten, maximal Fr. 150.—

4.2. ÜBRIGE HILFSMITTEL

An die Miet- oder Kaufpreise von anerkannten Hilfsmitteln, an die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Leistungen erbracht werden, können bei medizinischer Indikation 50% der Kosten bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt Fr. 250.-- pro Kalenderjahr vergütet werden. Die Kasse bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt. Sie kann eingesehen oder verlangt werden.

5. Zahnärztliche Behandlung

5.1. WEISHEITZÄHNE

Die Versicherung deckt die Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen zu 50%. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die halben Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

5.2. LEISTUNGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Für Kinder bis 15 Jahre besteht folgender Leistungsanspruch:

- 50% der Kosten, maximal Fr. 500.-- pro Kalenderjahr
- 50% der Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Im Maximum werden Fr. 3'000.-- ausgerichtet. Diese Leistungen werden für Behandlungen nach einer Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren erbracht. Voraussetzung für die Leistung ist die Vorlage einer Diagnose der bestehenden Stellungsanomalie, der vorgesehenen Behandlungsmittel und eines Kostenvoranschlags.

5.3. LEISTUNGEN DES GEMEINWESENS

Die Leistungen werden im Nachgang zu eventuellen Leistungen der Kantone und Gemeinden gemäss deren Gesetzgebung über die öffentliche Zahnpflege erbracht.

5.4. LEISTUNGSERBRINGER UND TARIF

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung geltenden Tarifs. Als Zahnarzt oder Zahnärztin gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt und dem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

6. Alternativmedizin

6.1. LEISTUNGSVORAUSSETZUNG

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragsstellung an die Kasse erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation des Therapeuten oder der Therapeutin. Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung erfolgt.

Der maximale Beitrag für alle Kosten im Rahmen der nachstehenden Ziffern 6.2. - 6.6. beträgt insgesamt Fr. 2'000.-- innerhalb eines Kalenderjahres.

6.2. AKUPUNKTUR

Versichert sind 70% der aus der obligatorischen Krankenpflege nicht gedeckten Kosten einer Akupunkturbehandlung, die von einer Ärztin oder einem Arzt mit eidgenössischem Diplom durchgeführt wird.

6.3. NATURÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Die ausgewiesenen Kosten für Behandlungen bei Naturärztinnen und Naturärzten mit kantonaler Bewilligung werden zu 70% bis maximal Fr. 60.-- pro Therapiestunde übernommen.

6.4. ERFAHRUNGSMEDIZINISCHE METHODEN

Bei medizinischer Indikation werden die Kosten erfahrungsmedizinischer von einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführter Methoden zu 70% übernommen. Die Kasse legt die anerkannten Methoden und Leistungslimiten in einer Liste (EMR-Liste) fest. Die Liste kann eingesehen oder verlangt werden.

6.5. NATÜRLICHE HEILMITTEL

Die Kosten phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Heilmittel sowie von Oligosolen sind zu 70 % versichert, soweit diese nicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind und nicht in der Negativliste (NL) der Kasse enthalten sind.

6.6. NATÜRLICHE HEILMETHODEN

Die ausgewiesenen Kosten der von der Kasse anerkannten alternativen Therapiemethoden werden zu 70% bis maximal Fr. 60.-- pro Therapiestunde übernommen, sofern sie von qualifiziertem Personal durchgeführt werden.

Die Kasse bezeichnet die anerkannten Therapieformen. Die Liste der anerkannten Therapieformen wird laufend angepasst oder ergänzt und kann jederzeit bei der Kasse eingesehen oder verlangt werden.

Von Fall zu Fall behält sich die Kasse das Recht vor, an die ausgewiesenen Kosten weiterer, durch qualifizierte Personen vorgenommener Methoden, auf Empfehlung der Vertrauensärztin oder des Vertrauensarzt, einen Beitrag zu erbringen.

7. Nicht-Pflichtmedikamente

Die Kosten für Medikamente, die weder in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) noch in der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG noch in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind, werden pro Kalenderjahr wie folgt übernommen:

KRANKENPFLEGEZUSATZ: 50%, bis maximal Fr. 500.--

8. Ambulante Badekuren

An ärztlich verordnete ambulante Badekuren wird pro Kalenderjahr ein Beitrag von 50 % im max. 200.-- an die Kosten von maximal 12 Eintritten erbracht.

9. Psychotherapeutische Behandlung

9.1. LEISTUNGSUMFANG

Die Versicherung erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind, Leistungen bis zu 80 Behandlungsstunden. An die ersten 40 Stunden vergütet sie dabei einen maximalen Anteil von Fr. 50.--, an die weiteren Fr. 40.--.

9.2. LEISTUNGSVORAUSSETZUNG

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprache gesuches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt der Kasse erbracht. Nach Ablauf der ersten 40 Therapiestunden hat der Therapeut oder die Therapeutin der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt erneut über Therapieverlauf und Therapieplanung zu berichten.

Keine Leistungen werden erbracht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung oder zu Lernzwecken erfolgen.

9.3. VERHÄLTNIS ZUR OBLIGATORISCHEN KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG

Diese psychotherapeutischen Leistungen werden aus dieser Versicherungsabteilung nur solange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen der Krankenpflegeversicherung gelten.

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

10.1. TRANSPORTKOSTEN, RETTUNGS- UND BERGUNGSAKTIONEN IN NOTFÄLLEN

10.1.1. Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Mitgliedes zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen wird ein Beitrag bis insgesamt Fr. 7'000.-- pro Kalenderjahr geleistet. Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

10.1.2. Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person Fr. 100.-- als Selbstbehalt zu tragen.

10.1.3. Leistungen Dritter

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Vereinbarungen.

10.2. SUCHAKTIONEN

Zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung einer versicherten Person werden Kosten für Suchaktionen bis maximal Fr. 10'000.-- pro Kalenderjahr übernommen.

11. Kostenbeteiligung

Eine Franchise wird erhoben für ärztliche Behandlung, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen. Diese wird nur belastet, soweit sie nicht bereits bei Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Abzug gebracht wurde. Es gilt derselbe Franchisenbetrag wie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.