

Inhaltsverzeichnis

- 1. Grundlagen der Versicherung**
 - 1.1. Zweck
 - 1.2. Versicherte Personen
 - 1.3. Leistungsvoraussetzung
 - 1.4. Härtefälle
- 2. Ärztliche Behandlung**
 - 2.1. Behandlungen ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes
 - 2.2. Ärztliche Behandlung im Ausland
 - 2.2.1. ambulante Wahlbehandlung
 - 2.2.2. ambulante Notfallbehandlung
- 3. Physiotherapie**
- 4. Prävention**
 - 4.1. Impfungen
 - 4.2. Check-up-Untersuchungen
 - 4.3. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 5. Besondere Leistungen bei Mutterschaft**
 - 5.1. Geburtsvorbereitung
 - 5.2. Stillgeld
- 6. Gesundheitsförderung**
 - 6.1. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten
- 7. Hilfsmittel**
 - 7.1. Sehhilfen
 - 7.2. Übrige Hilfsmittel
- 8. Zahnärztliche Behandlungen**
 - 8.1. Weisheitszähne
 - 8.2. Leistungen für Kinder und Jugendliche für Kieferorthopädie
 - 8.3. Zahnärztliche Behandlungen
 - 8.4. Leistungen des Gemeinwesens
 - 8.5. Leistungserbringer und Tarif
- 9. Komplementär-/ Alternativmedizin**
 - 9.1. Alternative Therapiemethoden
 - 9.2. übrige Therapiemethoden
 - 9.3. Natürliche Heilmittel
 - 9.4. Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland
 - 9.5. Maximaler Leistungsbezug
 - 9.6. Leistungsvoraussetzung
- 10. Nichtpflichtmedikamente**
- 11. Ambulante Badekuren**
- 12. Psychotherapeutische Behandlung**
 - 12.1. Leistungsumfang
 - 12.2. Leistungsvoraussetzung
 - 12.3. Verhältnis zur obligatorischen Grundversicherung
- 13. Transport, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen**
 - 13.1. Leistungsumfang
 - 13.2. Selbstbehalt
 - 13.3. Leistungen Dritter
- 14. Fahrtspesen**
- 15. Haushalthilfen**
 - 15.1. Spitex
 - 15.1.1. Grundsatz
 - 15.1.2. Leistungsumfang
- 16. Schlussbestimmungen**
 - 16.1. Allgemein
 - 16.2. Anwendungsbereich dieser Versicherungsbestimmungen
 - 16.3. Inkrafttreten

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

Der Zusatz ALLGEMEIN und der Zusatz PLUS zur Krankenpflege erbringen Beiträge an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Gesundheitsfördernde Kurse, Hilfsmittel, Brillen, Kontaktlinsen, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Kuren, nicht-ärztliche psychotherapeutische Behandlungen, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, ärztlich verordnete Haushalthilfen und zahlen ein Stillgeld aus. Beiträge an Leistungen im Ausland kann der Zusatz PLUS zusätzlich erbringen, falls ein Notfall oder eine Kostengutsprache der Krankenkasse Elm besteht.

Wo nicht explizit aufgeführt, werden gleiche Leistungen aus Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS erbracht.

Die Leistungen werden im Nachgang zu allen anderen Versicherungsabteilungen erbracht. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen denjenigen aus dieser Versicherungsabteilung vor.

1.2. Versicherte Personen

Im Zusatz ALLGEMEIN können sich Personen bis zum vollendeten 65. Altersjahr versichern. Der Zusatz PLUS kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.3. Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

1.4. Härtefälle

Aufgrund einer schriftlichen Anfrage kann der Vorstand des Versicherers bei Härtefällen zusätzliche Leistungen auf freiwilliger Basis bewilligen. Nur finanzschwache Mitglieder haben die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen auf freiwilliger Basis zu erhalten. Die Anfrage hat im Voraus zu erfolgen.

2. Ärztliche Behandlung

2.1. Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen der Krankenpflegeversicherung gemäss am Behandlungsort gültigem KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2. Ärztliche Behandlung im Ausland

2.2.1. ambulante Wahlbehandlung

Bei ärztlicher, ambulanter Behandlung im Ausland werden im Zusatz PLUS die Kosten gemäss KVG-Tarif am Wohnort der versicherten Person übernommen.

2.2.2. ambulante Notfallbehandlung

Bei notfallmässiger, ambulanter ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus dem Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS im Nachgang zu den Leistungen der Krankenpflegeversicherung die vollen Kosten gedeckt.

3. Physiotherapie

Pro Kalenderjahr werden maximal 12 Sitzungen allgemeine Physiotherapie bei dipl. Physiotherapeuten übernommen. Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich. Die Physiotherapie ohne ärztliche Verordnung wird im Rahmen der Prävention bezahlt. Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung erfolgt.

4. Prävention

4.1. Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden wie folgt Beiträge geleistet:

Zusatz ALLGEMEIN:	90%, maximal Fr. 200.00 pro Kalenderjahr
Zusatz PLUS:	90%, maximal Fr. 400.00 pro Kalenderjahr

Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

4.2. Check-up-Untersuchung

An die ausgewiesenen Kosten einer Check-up-Untersuchung wird nach jeweils zwei aufeinander folgenden bezugsfreien Kalenderjahren in der Krankenpflegeversicherung ein Beitrag geleistet:

Zusatz ALLGEMEIN: 90% der Kosten, maximal Fr. 300.00
Zusatz PLUS: 90% der Kosten, maximal Fr. 600.00

4.3. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Kalenderjahr keine Leistungen aus der Krankenpflegeversicherung an gynäkologische Leiden erbracht werden.

5. Besondere Leistungen bei Mutterschaft

5.1. Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses/Rückbildungsgymnastik bei einer qualifizierten Lehrerin werden 90% der Kosten, maximal Fr. 200.00, pro Schwangerschaft entrichtet. Leistungen aus der Krankenpflegeversicherung gehen vor.

5.2. Stillgeld

Es besteht Anspruch auf ein Stillgeld von Fr. 250.00. Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die versicherte Mutter ihr Kind während zehn Wochen voll oder teilweise stillt und sofern die Mutter und das Kind bei der Krankenkasse Elm versichert sind. Der Nachweis ist auf dem Kassenstillgeldformular zu erbringen.

6. Gesundheitsförderung

6.1. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

An die ausgewiesenen Kosten eines, in der Regel ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens sowie an anerkannte Fitnesscentern wird folgender Betrag pro Kalenderjahr geleistet:

Zusatz ALLGEMEIN: 50% der Kosten, maximal Fr. 150.00
Zusatz PLUS: 50% der Kosten, maximal Fr. 300.00

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Kurse zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens sowie die anerkannten Fitnesscenter. Die Listen der anerkannten Kurse und Fitnesscentern werden laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

7. Hilfsmittel

7.1. Sehhilfen

An die Kosten von zur Sehkorrektur benötigten Brillengläsern (inkl. Brillenfassung) und Kontaktlinsen wird versicherten Personen pro Kalenderjahr folgender Beitrag bezahlt:

Zusatz ALLGEMEIN: Fr. 200.00
Zusatz PLUS: Fr. 300.00

7.2. Übrige Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von anerkannten Hilfsmitteln, an die aus der Krankenpflegeversicherung keine Leistungen erbracht werden, können mit ärztlicher Verordnung 50% der Kosten bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt Fr. 500.00 pro Kalenderjahr vergütet werden. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Nicht versichert sind die Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

8. Zahnärztliche Behandlung

8.1. Weisheitszähne

Die Versicherung deckt 90% der Kosten (TPW gemäss Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung), der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

8.2. Leistungen für Kinder und Jugendliche für Kieferorthopädie

Für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre besteht folgender Leistungsanspruch:

Kosten für kieferorthopädische Behandlungen gemäss anerkanntem Tarif (TPW gemäss Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung):

Zusatz ALLGEMEIN: 70% der Kosten, maximal Fr. 5000.00
Zusatz PLUS: 70% der Kosten

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. Dem Versicherer steht es frei, den Kostenvoranschlag ihrem Vertrauenszahnarzt zu unterbreiten und nach Empfehlung des Vertrauensarztes Kostengutsprache zu erteilen.

Wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf eine Karenzfrist, sofern mindestens ein Elternteil auch bei ihm gleichwertig versichert ist. Bereits bezogene Leistungen von Vorversicherern werden an die oben erwähnten Leistungen angerechnet.

8.3. Zahnärztliche Behandlungen

An Zahnärztliche Behandlungen vergütet der Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS höchstens Fr. 100.00 pro Kalenderjahr, wenn die Leistungen nicht durch die Krankenpflegeversicherung oder einen anderen Kostenträger übernommen werden.

8.4. Leistungen des Gemeinwesens

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

8.5. Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zu Lasten der versicherten Person.

Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

9. Komplementär- / Alternativmedizin

9.1. Alternative Therapiemethoden

Der Versicherer erbringt an anerkannte alternative Therapieformen, die durch qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten oder von dafür qualifizierten Naturärztinnen und Naturärzte durchgeführt werden, folgende Beiträge:

Zusatz ALLGEMEIN:	70% der Kosten, maximal Fr. 1000.00 pro Kalenderjahr
Zusatz PLUS:	70% der Kosten, maximal Fr. 5000.00 pro Kalenderjahr

Die Therapeutinnen/Therapeuten müssen EMR (Erfahrungsmedizinisches Register) registriert sein. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapieformen. Die Liste der anerkannten Therapieformen wird laufend angepasst oder ergänzt und kann jederzeit bei der Kasse eingesehen oder verlangt werden.

9.2. Weitere Therapiemethoden

An anerkannte Therapieformen, welche nicht auf der Liste des Versicherers sind, die durch qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten oder von dafür qualifizierten Naturärztinnen und Naturärzte durchgeführt werden, wird ein Betrag 50% der Kosten, maximal Fr. 500.00 pro Kalenderjahr geleistet.

Die Therapeutinnen/Therapeuten und die Therapieformen müssen EMR (Erfahrungsmedizinisches Register) registriert sein.

9.3. Natürliche Heilmittel

Der Versicherer übernimmt 90% max. Fr. 1000.00 pro Kalenderjahr der ärztlich verordneten Kosten von anerkannten Natürlichen Heilmitteln, soweit diese nicht aus der Krankenpflegeversicherung gedeckt sind. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Heilmittel.

9.4. Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland

Aus dem Zusatz PLUS sind alternativmedizinische Behandlungen, die in einem Nachbarland der Schweiz erbracht werden, gemäss den vorstehenden Bestimmungen gedeckt.

9.5. Maximaler Leistungsbezug

Die Leistungen im Bereich Komplementär-/Alternativmedizin sind eingeschränkt durch die Liste der vom Versicherer anerkannten Therapiemethoden, Liste der vom Versicherer anerkannten Therapeutinnen und Therapeuten resp. Naturärztinnen und Naturärzten.

Die Gesamtleistungen im Bereich Komplementär-/Alternativmedizin und natürliche Heilmittel betragen maximal:

Zusatz ALLGEMEIN:	Fr. 2000.00 pro Kalenderjahr
Zusatz PLUS:	Fr. 5000.00 pro Kalenderjahr

9.6. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragsstellung an die Kasse erbracht. Die Kasse kann bis zu 6 Therapiesitzungen ohne vorgängige Antragsstellung übernehmen, danach das Vorlegen einer ärztlichen Verordnung, bzw. medizinischen Indikation verlangen. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten. **Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung, und zwar auch keine durch die obligatorische Grundversicherung gedeckte, erfolgt.** Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlungen aus medizinischen Gründen geboten sind. Behandlungen, welche der Prävention dienen, werden mit einem Beitrag aus der Gesundheitsförderung vergütet.

10. Nichtpflichtmedikamente

Die Krankenkasse Elm vergütet 90% der Kosten, maximal Fr. 1000.00 pro Kalenderjahr, an ärztlich verordnete und wissenschaftlich anerkannte Medikamente, falls diese weder von der Krankenpflegeversicherung übernommen werden, noch in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) enthalten sind. Diese Medikamente nennt man auch Hors-Liste Medikamente oder Nichtlistenpräparate.

An Nahrungsergänzungsmittel werden keine Leistungen vergütet.

11. Ambulante Badekuren

An ärztlich verordnete ambulante Badekuren wird folgender Beitrag geleistet:

Zusatz ALLGEMEIN: 70%, maximal Fr. 200.00 pro Kalenderjahr
Zusatz PLUS: 70%, maximal Fr. 300.00 pro Kalenderjahr

12. Psychotherapeutische Behandlung

12.1. Leistungsumfang

Die Krankenkasse Elm erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Leistungen von 50% max. Fr. 60.00 pro psychotherapeutische Behandlungsstunde, höchstens 25 Behandlungsstunden pro Kalenderjahr. Vorausgesetzt, dass die Therapeutin oder der Therapeut in der Liste des Versicherers (Liste Santéuisse) aufgeführt ist.

12.2. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprache gesuches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt der Kasse erbracht.

Keine Leistungen werden erbracht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen. Im Weiteren werden keine Leistungen an eine Parallelbehandlung bei einer anderen Psychologin oder Psychologen resp. Psychiaterin oder Psychiater erbracht.

12.3. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

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

13. Transport, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

13.1. Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel
- von medizinisch notwendigen Rettungs- Bergungs- und Suchaktionen

wird ein Beitrag bis insgesamt Fr. 15'000.00 pro Kalenderjahr geleistet.

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

13.2. Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person Fr. 100.00 als Selbstbehalt zu tragen.

13.3. Leistungen Dritter

Keine Versicherungsdeckung besteht für Transportkosten, welche durch eine Mitgliedschaft (Gönner) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen abgedeckt sind.

14. Fahrtspesen

An Fahrtspesen, welche während einer regelmässigen ärztlichen Behandlung ausserhalb des Wohnkantons für die Benützung von öffentlichen Verkehrsmitteln zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen, werden folgende Beiträge geleistet:

Zusatz ALLGEMEIN: maximal Fr. 200.00 pro Kalenderjahr
Zusatz PLUS: maximal Fr. 300.00 pro Kalenderjahr

Leistungsvoraussetzung ist, dass die Behandlung im Wohnkanton nicht erbracht werden kann.

15. Haushalthilfen

15.1. Spitex

15.1.1. Grundsatz

Auf ärztliche Verordnung werden Beiträge an Haushalthilfen (Spitex) ausgerichtet, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

15.1.2. Leistungsumfang

An die Kosten von anerkannten Haushalthilfen gewährt der Versicherer einen Beitrag pro Kalenderjahr. Die Beiträge werden ebenfalls ausgerichtet, wenn diese Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird. Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

Zusatz ALLGEMEIN: 90% der Kosten, maximal Fr. 300.00
Zusatz PLUS: 90% der Kosten, maximal Fr. 400.00

Die Entschädigung richtet sich nach dem Stundenansatz der ortsansässigen Spitex-Organisation. Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

16. Schlussbestimmungen

16.1. Allgemein

Sofern zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, ist der Versicherte Honorarschuldner. Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrage verjähren zwei Jahre nach der Behandlung. Der Versicherte kann dem Versicherer die Rechnungen vor der Bezahlung zur Prüfung vorlegen.

16.2. Anwendungsbereich dieser Versicherungsbestimmungen

Enthalten diese Versicherungsbestimmungen abweichende Bestimmungen zu den Statuten oder zu den Bundesgesetzen KVG und VVG, gehen diese den Versicherungsbestimmungen vor.