

# Tarif CSS.flexi, Baustein Gesundheit plus

**Ergänzungstarif für Vorsorgeuntersuchungen, Zuzahlungen, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören**

Version 06.2007

Der Baustein Gesundheit plus ist integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des CSS.flexi-Tarifes bestehen. CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

## Art. 1 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei den nachfolgend abschließend genannten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen 100% der Aufwendungen bis zu EUR 500 innerhalb von 24 zusammenhängenden Kalendermonaten.

Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die erstattungsfähig sind

### Versicherte Anwendungen

- Früherkennungsuntersuchung
  - U6a im 15.-18. Lebensmonat
  - U10 im 8. Lebensjahr
  - U11 im 10. Lebensjahr
  - J2 im 14.-18. Lebensjahr
- großer Gesundheitscheck  
Untersuchung mit:
  1. Anamnese  
Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
  2. klinische Untersuchung  
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), ggf. einschl. Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- große Krebsvorsorge für Frauen  
klinische Untersuchung einschl. Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
- große Krebsvorsorge für Männer  
klinische Untersuchung einschl. Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung einschl. Dermatoskopie
- HIV-Test
- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
- Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test)
- Früherkennung von Schwerhörigkeit bei Neugeborenen mittels Bestimmung der otoakustischen Emissionen oder mittels Hirnstammaudiometrie (Audio-Check)
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung (Schiel-Vorsorge)
- Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie (Glaukom-Vorsorge)
- sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6.-8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Osteoporose-Prävention
  1. Beratung
  2. Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Sono-Check: Ultraschalluntersuchung der inneren Organe
- Doppler-Sonographie der Hirngefäße: Kontrolle der Gehirndurchblutung ohne klinische Auffälligkeiten
- Hirnleistungscheck zur Früherkennung einer Demenz (Brain-Check)

## Art. 2 Zuzahlungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt) 100% der Zuzahlungen

- für eine Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (Praxisgebühr) (§ 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V));
- bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 3 SGB V);
- bei ärztlich verordneten Heilmitteln (§ 32 Abs. 2 SGB V);
- bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln (§ 33 Abs. 8 SGB V);
- bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 5 SGB V);
- bei ärztlich verordneter Soziotherapie (§ 37a Abs. 3 SGB V);
- bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 5 SGB V);
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V);
- bei medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 6 SGB V);
- bei medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 3 SGB V);
- bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V);
- bei medizinischer Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 SGB V);
- bei Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 SGB V);
- bei Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).

Erstattungsfähig sind Zuzahlungen bis zur geltenden Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V.

## Art. 3 Brillen und Kontaktlinsen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB 100% des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu EUR 200 für Brillen und Kontaktlinsen, jedoch in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn max. EUR 50.

Erfolgt keine Leistung durch die GKV, werden 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu EUR 200 erstattet, jedoch in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn max. EUR 50.

Ein Anspruch auf Erstattung besteht einmal in 24 aufeinanderfolgenden Monaten. Bestand darüber hinaus für die vorangegangenen 36 Monate Versicherungsschutz nach diesem Tarif, ohne dass eine zur Erstattung eingereichte Sehhilfe bezogen wurde, so erhöht sich der erstattungsfähige Höchstbetrag von EUR 200 auf EUR 300.

## Art. 4 Mehrkosten bei stationärer Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB 100% der Mehrkosten für eine stationäre Behandlung in der allgemeinen

Abteilung, die dem Versicherten vom Träger der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

## Art. 5 Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland und Kostenübernahme bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Notfällen im Ausland ist der Auslandsservice des Versicherers Tag und Nacht telefonisch erreichbar. Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation der Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen ab Reisebeginn bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Weggebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei-, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge von Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder- soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive der dadurch zusätzlich entstehenden Kosten.

Der Versicherer übernimmt die nachfolgend genannten Mehrkosten für

- Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächste erreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsten

- 
- erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
  - zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;
  - einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächste erreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen. Der Versicherer organisiert den medizinisch notwendigen Rücktransport nach Beantragung unter der Notfallnummer. Wird ein nicht vom Versicherer organisierter Rücktransport durchgeführt, so erfolgt eine Leistung nur insoweit, als sie bei Organisation durch den Versicherer angefallen wäre;
  - beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu EUR 12.000.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, jedoch längstens 12 Monate, gerechnet vom Beginn der Reise. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die GKV erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leis-

tungen der GKV, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Für die hier beschriebenen Leistungen bei Auslandsreisen entfallen die für Heilbehandlungen im Ausland gemäß Teil I § 1 Abs. 4 der AVB vorgesehenen Einschränkungen sowie die Wartezeiten und die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ).

## **Art. 6 Option**

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif CSS.flexi Baustein Gesundheit plus versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der GKV, die in Reaktion auf zukünftige Reformen in der GKV vom Versicherer eingeführt werden. Jeder Versicherte hat einmalig innerhalb von 4 Wochen zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Tarife die garantierte Möglichkeit, ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die neuen Tarife abzuschließen.

## **Art. 7 Tarifbeitrag**

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.flexi ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämienhebung gültige Version des Anhanges.

