

Tarifvergleich

Gothaer Medi Natura

Beitrag 7,24 €



Barmenia AN

Beitrag 9,76 €



ARAG 483

Beitrag 7,08 €



Beschreibung

Gothaer, Medi Natura, 100 % bis 2.000,- € Rechnungsbetrag. Dies ergibt eine Erstattungsleistung von 2.000,- €.

Erstattet werden die Kosten für Heilpraktikerbehandlungen und für Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu 2.000,- € pro Kalenderjahr. Die Leistungen erfolgen jeweils bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker oder der Gebührenordnung für Ärzte (3,5 ´fach). Hier finden Sie den Top-Tarif des deutschen Marktes, der sich zu 100 % auf alternative Heilverfahren konzentriert.

Barmenia, AN , 80 % bis 1.250,- € Rechnungsbetrag. Dies ergibt eine Erstattungsleistung von 1.000,- €.

Erstattet werden die Kosten für Heilpraktikerbehandlungen und für Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu 1.000,- € pro Kalenderjahr. Die Leistungen erfolgen jeweils bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker oder der Gebührenordnung für Ärzte (3,5 ´fach). Für Sehhilfen werden innerhalb von 24 Monaten 300,- € bereit gestellt.

In diesem Tarif finden Sie die höchstmögliche Leistungszusammenstellung aus den beiden Leistungsbereichen alternative Heilmethoden und Sehhilfen.

ARAG, Tarif 483, 90 % bis 2.500,- € Rechnungsbetrag. Dies ergibt eine Erstattungsleistung von 2.250,- €.

Erstattet werden die Kosten für Heilpraktikerbehandlungen und für Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu 2.250,- € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren. Die Leistungen erfolgen jeweils bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker oder der Gebührenordnung für Ärzte(3,5 ´fach).

Für Sehhilfen werden innerhalb von 36 Monaten 330,- € bereit gestellt. Ergänzend und bisher einmalig auf dem deutschen Markt, gibt es einen Zuschuß zur Lasik-Operation.

Leistungsart

Leistungen Gothaer Medi Natura

Leistungen Barmenia AN

Leistungen ARAG 483

Heilpraktiker

Behandlung

Welche Erstattung erfolgt für die von Heilpraktikern durchgeführten Behandlungen?

100 % für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker, im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker GebüH.

80 % für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker, im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker GebüH.

90 % für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker, im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker GebüH.

Welche Erstattung erfolgt für die von Heilpraktikern verordneten

Arzneimittel?

100 % für verordnete Arzneimittel.

80 % für verordnete Arznei- und Verbandmittel.

90 % für verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Welche Erstattung erfolgt für die von Heilpraktikern verordneten und im Zusammenhang mit einer naturheilkundlichen Behandlung stehenden **Heilmittel**?

keine Leistung für Heilmittel

80 % für verordnete Heilmittel.

90 % für verordnete Heilmittel.

Welche Erstattung erfolgt für die von Heilpraktikern nach den Gebüh Ziffern **19.1 bis 19.8** erbrachten psychotherapeutischen Leistungen ?

Wir empfehlen Ihnen dringend **vor Behandlungsbeginn** eine **Kostenübernahmeerklärung einzuholen**. Die Leistungen 19.1 bis 19.7 für psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker werden seitens der Gothaer dann erstattet, wenn der Heilpraktiker eine entsprechende Qualifikation zur Ausübung der Psychotherapie hat, und dies aus den Rechnungen erkennbar ist. (z.B. Heilpraktiker und Psychologe). Die Leistung 19.8 für Behandlung mittels Hypnose ist nicht erstattungsfähig. Gebüh Ziffern **19.1 bis 19.8**.

Keine Einschränkung !

Der Tarif AN leistet auch für die psychotherapeutischen Behandlungen durch Heilpraktiker nach den Gebüh Ziffern **19.1 bis 19.8**. Eine Kostenübernahmeerklärung ist nicht notwendig, ein Befähigungsnachweis, der über die Zulassung als Heilpraktiker hinausgeht, ist nicht notwendig. Es gilt die generelle Leistungshöchstgrenze von 1.000,- € Erstattungs- oder 1.250,- € Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr.

keine Leistung !

Die nach Gebüh abrechnungsfähigen Leistungen **19.1 bis 19.8** für psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker werden seitens der ARAG im Tarif 483 nicht erstattet. Die ARAG verweist hier auf die Regelung gemäß der **MBKK Teil II**.

Leistungssumfang Gebüh

Leistungen bis zum Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker.

Leistungen bis zum Höchstsatz des Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker.

Leistungen bis zum Höchstsatz des Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker.

Ärzte für Naturheilverfahren

Behandlung

Welche Erstattung erfolgt für die von Ärzten durchgeführten Behandlungen mit Naturheilverfahren?

100 % für die Heilbehandlung durch Ärzte nach dem **Hufelandverzeichnis**.

80 % für die Heilbehandlung durch Ärzte nach dem **Hufelandverzeichnis**.

90 % für die Heilbehandlung durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis.

ACHTUNG : Die Behandlungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn Sie von einem Arzt mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung erbracht werden wie z.B. Arzt für Naturheilverfahren, Akupunktur oder Homöopathie. Diese Bezeichnung darf tragen, wer als Arzt eine entsprechend qualifizierende Weiterbildungsmaßnahme durchlaufen hat. Es gibt aber keine Verpflichtung, diesen Tittel auf dem Praxisschild oder Briefkopf zu führen. Wenn Sie sich von einem Arzt naturheilkundlich behandeln lassen wollen dann stellen Sie zuvor sicher, dass Ihr Behandler die seitens der ARAG geforderte Zusatzbezeichnung führt, andernfalls wird die Rechnung nicht erstattet.

Welche Erstattung erfolgt für die von Ärzten für Naturheilverfahren verordneten Arzneimittel ?	100 % der Aufwendungen für verordnete Arznei- und Verbandmittel.	80 % der Aufwendungen für verordnete Arznei- und Verbandmittel.	90 % der Aufwendungen für verordnete Arznei- und Verbandmittel.
Welche Erstattung erfolgt für die von Ärzten für Naturheilverfahren verordneten und im Zusammenhang mit einer naturheilkundlichen Behandlung stehenden Heilmittel ?	keine Leistung für Heilmittel	80 % für verordnete Heilmittel.	90 % für verordnete Heilmittel.
Leistungsumfang Hufelandverzeichnis	Leistungen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte.	Leistungen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte.	Leistungen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte.
Gilt eine Leistungsbegrenzung in den Anfangsjahren?	Ja , die Leistungen sind auf 500,- € im ersten und 1.000 € im zweiten Kalenderjahr begrenzt.	Nein , es gilt nur die generelle Leistungshöchstgrenze. Der Tarif sieht keine weiteren Einschränkungen in den Anfangsjahren vor.	Nein , es gilt nur die generelle Leistungshöchstgrenze. Der Tarif sieht keine weiteren Einschränkungen in den Anfangsjahren vor.
Gilt eine generelle Leistungshöchstgrenze?	Ja , die Aufwendungen werden zu 100 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 € pro Kalenderjahr erstattet. Dies entspricht einem Erstattungsbetrag von 2.000,- €.	Ja , die Aufwendungen werden zu 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.250 € pro Kalenderjahr erstattet. Dies entspricht einem Erstattungsbetrag von 1.000,- €.	Ja , die Aufwendungen werden zu 90 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 € innerhalb von <u>2 Kalenderjahren</u> erstattet. Dies entspricht einem Erstattungsbetrag von 2.250,- € innerhalb von 2 Kalenderjahren.
Werden Aktualisierungen vorgenommen?	Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und das Hufelandverzeichnis gelten in der jeweils gültigen Fassung. Bei einer Änderung der GebüH bzw. des Hufelandverzeichnisses können die erstattungsfähigen Gebühren entsprechend der Veränderungen auch für bereits Versicherte angepasst werden. Mehrleistungen in den dann neuen Leistungsverzeichnissen müssen ggf. durch Beitragsangleichungen kompensiert werden.	Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) gilt in der jeweils aktuellen Fassung. Das Hufelandverzeichnis gilt Stand 2005. Änderungen im Hufelandverzeichnis haben zur Folge, dass Leistungen und Beiträge des Tarifs AN überprüft und geändert werden können. Mehrleistungen in den dann neuen Leistungsverzeichnissen müssen ggf. durch Beitragsangleichungen kompensiert werden.	Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und das Hufelandverzeichnis gelten in der jeweils aktuellen Fassung. Änderungen in den Verzeichnissen haben zur Folge, dass Leistungen und Beiträge des Tarifs 483 überprüft und geändert werden können. Mehrleistungen in den dann neuen Leistungsverzeichnissen müssen ggf. durch Beitragsangleichungen kompensiert werden.
Sehhilfen			
Welche Erstattung erfolgt für die von Ärzten durchgeführten Behandlungen im Zusammenhang mit Sehhilfen?	Der Tarif erstattet nicht die Praxisgebühr bei Augenärzten, leistet nicht für die eigentliche Behandlung durch Augenärzte und erstattet keine Gebühren für Sehtests bei Optikern.	Der Tarif erstattet nicht die Praxisgebühr bei Augenärzten, leistet nicht für die eigentliche Behandlung durch Augenärzte und erstattet keine Gebühren für Sehtests bei Optikern.	Der Tarif erstattet nicht die Praxisgebühr bei Augenärzten, leistet nicht für die eigentliche Behandlung durch Augenärzte und erstattet keine Gebühren für Sehtests bei Optikern.

Welche Leistung erfolgt für Sehhilfen?

keine Leistung für Sehhilfen

100 % für Brillen und Kontaktlinsen, max. 300,- € innerhalb von 2 Kalenderjahren. Eine innerhalb dieser zwei Jahre auftretende Sehschärfenänderung löst **keinen** zusätzlichen, neuerlichen Leistungsanspruch aus.

100 % für med. notwendige Brillen und Kontaktlinsen. Bei **Erwachsenen** ab dem 21. Lj., max. 330,- € . Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten. Eine innerhalb dieser Zeit auftretende Sehschärfenänderung löst **keinen** zusätzlichen, neuerlichen Leistungsanspruch aus. Bei **Kindern** und **Jugendlichen** max. **165,- €** . Eine Sehschärfenänderung um min. 0,5 Diopt. löst hier jedoch einen neuerlichen Anspruch aus. Ohne Sehschärfenänderung entsteht ein neuer Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten. **Einmal** während der gesamten Vertragslaufzeit besteht zusätzlich ein Anspruch auf 1.000,- € Zuschuß zu einer brechkraftverändernden Augenoperation / Laser-OP.

Leistungsfähigkeit

Ist zur umfassenden Kostendeckung eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erforderlich?

Nein, eine Vorleistung ist nicht erforderlich. Die gesetzliche Krankenkassen leisten im Regelfall weder für Alternative Heilverfahren durch Heilpraktiker, Behandlung durch Ärzte mit Naturheilverfahren.

Nein, eine Vorleistung ist nicht erforderlich. Die gesetzliche Krankenkassen leisten im Regelfall weder für Alternative Heilverfahren durch Heilpraktiker, noch für Sehhilfen bei Erwachsenen. Bei Behandlungsrechnungen von ärztlich durchgeführten Naturheilverfahren, oder ärztlich verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmitteln muss jedoch ein Vorleistungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse eingetragen sein. dabei ist es auch ausreichend wenn Ihre Krankenkasse vermerkt, dass keine Vorleistung erbracht wurde. Die Barmenia leistet dann im zugesagten Umfang.

Nein, eine Vorleistung ist nicht erforderlich. Die gesetzliche Krankenkassen leisten im Regelfall weder für Alternative Heilverfahren durch Ärzte oder Heilpraktiker, noch für Sehhilfen bei Erwachsenen.

Zusatzleistungen

Akutbehandlung im Ausland.

Der Tarif AN leistet bei einem im Ausland akut eintretenden Versicherungsfall für ambulante und stationäre Heilbehandlung

Lasik-OP

Nach Ablauf von 36 Monaten nach Beginn der Versicherung im Tarif 483 besteht während der gesamten Vertragslaufzeit ein einmaliger Anspruch auf Erstattungsleistungen in Höhe von 1.000,- € für die ggf. auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für eine brechkraftverändernde Augenoperation (auch Laseroperation).

Auslandrücktransport

Der Tarif AN leistet bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfall für einen Rettungsflug oder sonstigen Krankentransport.

Überführungskosten

Der Tarif AN leistet für die Bestattungskosten am ausländischen Sterbeort, oder für die Überführungskosten. (max. bis zum 5 fachen Kostensatzes eines 1. Klasse Fluges.)

Akutbehandlung im Ausland.

Der Tarif 483 leistet bei einem im Ausland akut eintretenden Versicherungsfall für ambulante und stationäre Heilbehandlung und zahnärztliche Notversorgung.

Auslandrücktransport

Der Tarif 483 leistet bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit.

Überführungskosten

Der Tarif 483 leistet für die Bestattungskosten am ausländischen Sterbeort, oder für die Überführungskosten, max. 10.000,- € .

Zuzahlungen ambulant

100 % Erstattung für die im Rahmen des Leistungskataloges der GKV festgesetzten Zuzahlungsbeträge (außer für Sehhilfen), bei Vorlage einer Kopie der ärztl. Verordnung mit Zuzahlungsbeleg.

Zuzahlungen stationär

100 % Erstattung der Differenzkosten, wenn bei der Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses Differenzkosten im Regelsatz entstehen.

Versicherten-Karte

Nein, eine Gothaer-Card gibt es für die ambulante Zusatzversicherung nicht.

Nein, eine Barmenia-Card gibt es für die ambulante Zusatzversicherung nicht.

Nein, eine ARAG-Card gibt es für die ambulante Zusatzversicherung nicht.

Wartezeit

allgemeine Wartezeit

Die allg. Wartezeit beträgt **3 Monate** und **entfällt bei Unfällen**

Die allg. Wartezeit beträgt **3 Monate** und **entfällt bei Unfällen**

Die allgemeine Wartezeit beträgt **3 Monate** und **entfällt bei Unfällen**

besondere Wartezeit

Die besondere Wartezeit beträgt **8 Monate** und **gilt nur** für Psychotherapie und Entbindungen.

Die besondere Wartezeit beträgt **8 Monate** und **gilt nur** für Psychotherapie und Entbindungen.

Die besondere Wartezeit beträgt **8 Monate** und **gilt nur** für Psychotherapie und Entbindungen.

Wartezeiterlass

Ja, ein Wartezeiterlass durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnis ist möglich.

Ja, ein Wartezeiterlass durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnis ist möglich.

Ja, ein Wartezeiterlass durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnis ist möglich.

Dauer

Mindestversicherungsdauer 2 Jahre

2 Jahre

2 Jahre

verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht innerhalb **Ja**, in § 14 Teil II der AVB verzichtet die **Gothaer** auf die Anwendung des **ordentlichen Kündigungsrechtes**.

Ja, in § 14 Teil II der AVB verzichtet die **Barmenia** auf die Anwendung des **ordentlichen Kündigungsrechtes**.

Ja, in § 14 Abs. 1 Teil II der AVB verzichtet die **ARAG** auf die Anwendung des **ordentlichen Kündigungsrechtes**.

der ersten drei
Versicherungsjahre?

Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (VJ) frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (VJ) frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (VJ) frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

automatisches Ende der
Versicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt. Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Gothaer unverzüglich anzuzeigen.

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt. Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Barmenia unverzüglich anzuzeigen.

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt. Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der ARAG unverzüglich anzuzeigen.

uneingeschränkte
Weltgeltung

Nein, der Versicherungsschutz gilt für die in Deutschland durchgeführten und gemäß GebÜH oder Hufelandverzeichnis abgerechneten Heilbehandlungen.

Nein, der Versicherungsschutz gilt für die in Deutschland durchgeführten und gemäß GebÜH oder Hufelandverzeichnis abgerechneten Heilbehandlungen.

Nein, der Versicherungsschutz gilt für die in Deutschland durchgeführten und gemäß GebÜH oder Hufelandverzeichnis abgerechneten Heilbehandlungen.

Besonderheiten

Kinder allein versicherbar

Ja, Kinder können allein zum Kinderbeitrag versichert werden.

Ja, Kinder können allein zum Kinderbeitrag versichert werden.

Ja, Kinder können allein zum Kinderbeitrag versichert werden.

Alterungsrückstellungen

Der Tarif ist mit Alterungsrückstellungen kalkuliert

Der Tarif ist mit Alterungsrückstellungen kalkuliert

Der Tarif ist mit Alterungsrückstellungen kalkuliert

Schadenfreiheitsrabatt

Der Tarif sieht keinen Schadenfreiheitsrabatt bei Leistungsfreiheit vor.

Der Tarif sieht keinen Schadenfreiheitsrabatt bei Leistungsfreiheit vor.

Ja, bei Leistungsfreiheit gewährt der Versicherer eine Pauschalleistung in Höhe von 50,- € bei Erwachsenen und 25,- € bei Kindern und Jugendlichen bis zum 21. Lebensjahr.

Tarifvergleich

Gothaer Medi Natura

Barmenia AN

ARAG 483

