

Tarif 182

Ambulanter Krankheitskostentarif

Tarifstufe für Versicherte mit Anspruch auf Beihilfe nach den Bestimmungen des Landes Brandenburg (kurz: Tarifstufe BB)

Für Versicherungsverhältnisse nach diesem Tarif gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus Teil I Musterbedingungen (MB/KK) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK).

Der Tarif 182 in der Tarifstufe BB (kurz: 182BB) kann nur von Personen abgeschlossen werden, die Anspruch auf Beihilfe nach den Bestimmungen des Landes Brandenburg haben. Die Tarifstufe 182BB kann nur als Zusatztarif zu den Tarifen 150, 155, 160, 165, 170, 175 und 180 in der Tarifstufe BB abgeschlossen werden und endet auch gleichzeitig mit diesen.

Versicherungsverhältnisse nach diesem Tarif enden bei Eintritt des Versorgungsfalles, spätestens jedoch vom Beginn des Monats an, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgt.

Leistungen des Versicherers:

I. Ambulante Heilbehandlung

Bei ambulanter Heilbehandlung einschließlich ärztlicher Vorsorgeuntersuchung werden die beihilfefähigen Aufwendungen für

- Arztbehandlungen
- Heilpraktikerbehandlungen
- Laboruntersuchungen, Röntgen- und Isotopendiagnostik
- Heilmittel
- Hebammenhilfe
- Ärztliche Wegegebühren
- Arznei- und Verbandmittel
- Röntgentherapie, Behandlung mit Radium und radioaktiven Isotopen
- Hilfsmittel
- Unfalltransporte

zu **20%** erstattet.

Wenn aus einem der ebenfalls versicherten Tarife 150, 155, 160, 165, 170, 175 oder 180 der Tarifstufe BB Tarifergänzungsleistungen für nicht beihilfefähige Arzneimittel, Brillengestelle oder -gläser erbracht werden, entfällt hierfür die Erstattung aus diesem Tarif.

II. Ambulante Kurbehandlung

Bei ambulanter Kurbehandlung werden die unter I. genannten Aufwendungen zu 20% bis zu 8,- EUR täglich und bis zu einer Dauer von 28 Tagen erstattet.

Der Anspruch hierauf entsteht erstmals nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauffolgenden Kalenderjahr.

III. Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung

Aufwendungen für allgemeine, prophylaktische, konservierende und operative Leistungen - mit Ausnahme von Aufwendungen für Edelmetalle (z.B. Gold, Platin), Keramikverblendungen für Inlays sowie zahntechnischen Leistungen für Inlays -, Arzneimittel, Röntgenleistungen, Behandlungen von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Paradontosebehandlungen werden

zu **20%** erstattet.

b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Aufwendungen für Zahnersatz wie Zahnkronen, Zahnbrücken, Zahnersatzreparaturen und Implantate - mit Ausnahme von Aufwendungen für Edelmetalle (z.B. Gold, Platin), Keramikverblendungen sowie Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Zahnersatz - sowie kieferorthopädische Maßnahmen werden

zu **20%** erstattet.

c) Aufwendungen für Edelmetalle (z.B. Gold, Platin) und Keramikverblendungen für Inlays und Zahnersatz werden

zu **8%** erstattet.

d) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Inlays und Zahnersatz werden

zu **8%** erstattet.

Soweit innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre Aufwendungen für Leistungen gemäß III. b) bis d) anfallen, werden diese innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 480,- EUR, nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre bis zu einem Erstattungsbetrag von 2.400,- EUR je Versicherungsjahr berücksichtigt. Diese Summenbegrenzung gilt nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen.

Die erstattungsfähigen Kosten werden dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgt.

Beträgt die Erstattungsleistung zusammen mit den Leistungen aus anderen Tarifen und der Leistung der Beihilfe mehr als 100% des jeweiligen Rechnungsbetrages, kann die Leistung aus der Tarifstufe 182BB entsprechend gekürzt werden.

Beträgt aufgrund von Änderungen des Leistungsumfanges der Beihilfe die Gesamterstattung für Leistungen gemäß III. b) bis d) von Beihilfe und der Tarifstufe 182BB - in Kombination mit den Tarifen 150, 155, 160, 165 oder 170 in der Tarifstufe BB - weniger als 85% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages oder beträgt die Gesamterstattung für Leistungen gemäß III. b) bis d) von Beihilfe und der Tarifstufe 182BB - in Kombination mit Tarif 175 oder 180 in der Tarifstufe BB - weniger als 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, so kann der Erstattungssatz aus der Tarifstufe 182BB sowie deren Beitrag angepasst werden.

Leistungen des Versicherungsnehmers:

Die monatlichen Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.