

# Tarife 150, 155, 160, 165, 170, 175, 180 Ambulante Krankheitskostentarife mit prozentualer Selbstbeteiligung

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

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

Die Tarife 150, 155, 160, 165, 170, 175 und 180 in der Tarifstufe BB können nur für Personen abgeschlossen werden, die Anspruch auf Beihilfe nach den Bestimmungen des Landes Brandenburg haben. Der Tarif 182 kann zusätzlich nur in der Tarifstufe BB versichert werden. Ansonsten kann zur Ergänzung der Zahnersatzleistungen zu den Tarifen 150, 155, 160, 165 und 170 in der Tarifstufe BB ausschließlich der Tarif BHE in der Tarifstufe BHE15 und zu den Tarifen 175 und 180 in der Tarifstufe BB ausschließlich der Tarif BHE in der Tarifstufe BHE10 abgeschlossen werden.

### Leistungen des Versicherers:

#### Tarif 150 in der Tarifstufe BB (kurz: 150BB)

##### I. Ambulante Heilbehandlung

Bei ambulanter Heilbehandlung einschließlich ärztlicher Vorsorgeuntersuchung werden die 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 **50%** erstattet.

##### II. Ergänzungsleistungen in der Tarifstufe BB

Folgende Ergänzungsleistungen können in Anspruch genommen werden:

- a) Für Arzneimittel, Verband- und Hilfsmittel besteht zusätzlich zu den Tarifleistungen von I. Anspruch auf Erstattung der gemäß § 49 Absatz 1 Satz 1 Ziffern 1 und 2 und Satz 2 der Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) erfolgten Minderungen der Erstattung durch die Beihilfe bis zu einem Höchstbetrag von 10,- EUR. Bei Arzneimitteln ist Voraussetzung für diesen Anspruch, dass auf dem eingereichten Beleg für das jeweilige Arzneimittel die Pharmazentralnummer angegeben ist.
- b) Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige und nicht beihilfefähige Arzneimittel werden abweichend von I. zu 100% erstattet, wenn für das betreffende Arzneimittel auf dem eingereichten Beleg die Pharmazentralnummer angegeben ist.
- c) Brillengläser
  - Aufwendungen für Brillengläser, die zusammen den Betrag von 120,- EUR nicht überschreiten, werden abweichend von I. zu 100% erstattet.
  - Bei Aufwendungen für Brillengläser, die zusammen den Betrag von 120,- EUR überschreiten, werden abweichend von I. 120,- EUR zuzüglich der Hälfte des Rechnungsbetrages, der über 120,- EUR liegt, erstattet.
- d) Brillengestelle werden abweichend von I. zu 100% bis zu einem Betrag von 110,- EUR erstattet.

Voraussetzung für die Ergänzungsleistungen nach c) und d) ist, dass die Aufwendungen für Brillengläser und -gestelle nicht beihilfefähig sind. Die Ergänzungsleistungen für Brillengläser und -gestelle werden nur bei Änderung der Sehstärke von mindestens 0,5 Dioptrien und nur einmal im Kalenderjahr erbracht.

##### III. Ambulante Kurbehandlung

Bei ambulanter Kurbehandlung werden die unter I. genannten Aufwendungen zu 50% bis zu 20,- 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.

#### IV. Zahnärztliche Behandlung (inklusive Ergänzungsleistungen)

##### 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 **50%** 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 **35%** erstattet.

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

zu **65%** erstattet.

##### d) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Inlays und Zahnersatz werden

zu **65%** erstattet.

Soweit innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre Aufwendungen für Leistungen gemäß IV. b) bis d) anfallen, werden diese bis zu einem Betrag von insgesamt 1.400,- EUR erstattet, nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre werden diese Aufwendungen bis zu einem Betrag von 7.000,- EUR je Versicherungsjahr erstattet. Diese Summenbegrenzung gilt nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen. Die erstattungsfähigen Kosten werden dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgt.

**Für die Tarife 155, 160, 165, 170, 175, 180 der Tarifstufe BB gelten die vorstehenden Bestimmungen mit folgender Maßgabe:**

Tarif		155	160	165	170	175	180
Die Selbstbeteiligung beträgt	%	55	60	65	70	75	80
Für den unter III. ausgewiesenen Betrag von 20,- EUR ergibt sich	EUR	18,-	16,-	14,-	12,-	10,-	8,-
Für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung gemäß IV. b) werden erstattet	%	30	25	20	15	15	10
Für Edelmetalle und Keramikverblendungen gemäß IV. c) werden erstattet	%	63	61	59	57	60	58
Für zahntechnische Leistungen gemäß IV. d) werden erstattet	%	63	61	59	57	60	58
Für den unter IV. ausgewiesenen Betrag von 1.400,- EUR ergibt sich	EUR	1.280,-	1.160,-	1.040,-	920,-	950,-	830,-
Für den unter IV. ausgewiesenen Betrag von 7.000,- EUR ergibt sich	EUR	6.400,-	5.800,-	5.200,-	4.600,-	4.750,-	4.150,-

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 diesen Tarifen in der Tarifstufe BB entsprechend gekürzt werden.

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

#### Leistungen des Versicherungsnehmers:

Die monatlichen Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.