

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 Hessen (kurz: Tarifstufe HS)

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

Leistungen des Versicherers:

Tarif 150 in der Tarifstufe HS (kurz: 150HS)

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. 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.

III. 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 **55%** erstattet.

d) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Inlays und Zahnersatz werden

zu **55%** erstattet.

Soweit innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre Aufwendungen für Leistungen gemäß III. 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 HS 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 II. ausgewiesenen Betrag von 20,- EUR ergibt sich	EUR	18,-	16,-	14,-	12,-	10,-	8,-
Für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung gemäß III. b) werden erstattet	%	30	25	20	15	15	10
Für Edelmetalle und Keramik-Verblendungen gemäß III. c) werden erstattet	%	52	49	46	43	45	42
Für zahntechnische Leistungen gemäß III. d) werden erstattet	%	52	49	46	43	45	42
Für den unter III. ausgewiesenen Betrag von 1.400,- EUR ergibt sich	EUR	1.280,-	1.160,-	1.040,-	920,-	950,-	830,-
Für den unter III. 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 HS entsprechend gekürzt werden.

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

Leistungen des Versicherungsnehmers:

Die monatlichen Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.