

Teil III Beihilfeergänzungstarif BE2

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung, soweit sie nicht ausdrücklich durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. Für die Leistungen nach Nr. 2. gelten die Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung.

Versicherungsfähig sind Personen, die beim Versicherer eine Grundabsicherung nach dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte abgeschlossen haben. Weiterhin kann der Tarif von Empfängern freier Heilfürsorge vereinbart werden. Bei Wegfall dieser Voraussetzungen endet zum gleichen Zeitpunkt – auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle – die Versicherung nach diesem Tarif.

Versicherungsleistungen

1. Allgemeines

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Anrechnung von Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und nach Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte ersetzt.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit der Erstattung der Beihilfe und den Leistungen aus dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte 100 % der Aufwendungen nicht überschreiten. Andernfalls mindert sich der Anspruch auf die tarifliche Leistung aus diesem Tarif entsprechend.

Für Empfänger der freien Heilfürsorge tritt an Stelle des Beihilfeanspruchs die Leistung der freien Heilfürsorge.

Aus diesem Tarif werden die nachfolgenden Leistungen erstattet. Weitere in den Beihilfavorschriften vorgesehene Kürzungen, z.B. Kostendämpfungspauschalen, Selbstbehalte usw., zählen nicht zu den Leistungen dieses Tarifs.

Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten nachstehende Leistungen Nr. 2. bis Nr. 8.:

2. Auslandsreisekrankenversicherung

Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts gemäß § 1 (4) und (4.1) AVB (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung besteht Versicherungsschutz nach den Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung (siehe Anlage).

3. Differenzkosten Ein- und Zweibettzimmer

Erstattet werden bei stationärer Heilbehandlung die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für die Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen für das Ein- und Zweibettzimmer zu 100 %.

4. Krankenhaustagegeld

Erstattet wird für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr – 24 Uhr) einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung und einer Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim ein Krankenhaustagegeld von 15 €, sofern nicht Leistungen nach Nr. 5 zu zahlen sind. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet. Für stationäre psychotherapeutische Behandlungen wird ein Krankenhaustagegeld für bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr gezahlt. Für die in § 5 (1.2) der AVB genannten Entziehungsmaßnahmen wird ein Krankenhaustagegeld nicht ausgezahlt.

5. Kurtagegeld

Erstattet wird für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten stationären Kur- und Sanatoriumsaufenthalt, der in Deutschland durchgeführt wird, bis zu einer Dauer von 35 Tagen ein Tagegeld von 15 €. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet.

Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 36 Monaten.

6. Material- und Laborkosten bei Zahnersatz und Inlays

Erstattet werden bei Zahnersatz und Inlays die verbleibenden Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Material- und Laborkosten zu 100 %.

Als Zahnersatz gelten prothetische, implantologische (z.B. Implantate, Stiftzähne, Brücken) sowie augmentative Leistungen (z.B. Knochenaufbau), Versorgung mit Kronen (z.B. Voll- und Teilkronen, Onlays) jeder Art, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z.B. Entfernen von Zähnen, Wurzelbehandlungen oder Provisorien.

Verblendungen bei Zahnersatz werden im Frontzahnbereich jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.

Zur Inlayversorgung zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. Wurzelbehandlung).

Erstattungshöchstsätze:

Bei der Erstattung dieser Aufwendungen werden maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu Grunde gelegt. Die Erstattungshöchstsätze sind im beigefügten Preis-/Leistungsverzeichnis (PLV) für zahntechnische Leistungen niedergelegt. Darüber hinaus sind im PLV auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z.B. Inlays oder Keramikronen, enthalten.

Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze der entsprechenden Positionen des PLV. Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, erfolgt eine Anpassung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL. Die jeweils aktuelle Fassung des PLV kann auch über www.vrk.de abgerufen werden.

Die Erstattungen für Zahnersatz und Inlays sind pro versicherte Person im 1. Versicherungsjahr (siehe § 8 (2.1) der AVB) auf 1.000 €, in den ersten beiden Versicherungsjahren auf insgesamt 1.500 €, in den ersten drei Versicherungsjahren auf insgesamt 2.000 € begrenzt. Ab dem 4. Versicherungsjahr ist die Leistung auf 6.000 € pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt.

7. Ambulante Aufwendungen

Erstattet werden 100 % der unter Nr. 7. a) bis e) aufgeführten Leistungen:

a) Sehhilfen

Aufwendungen für medizinisch notwendige Sehhilfen einschließlich Reparaturkosten unabhängig von der Art und Anzahl und/oder eine Korrektur der Sehschärfe mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operation) sowie Kunstlinsen-Operation sind bis zu einem Höchstbetrag von 300 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.

Bei Nutzung eines Kooperationspartners erhöht sich der Erstattungsanspruch auf 400 € innerhalb von zwei Kalenderjahren. Kooperationspartner der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden. Die regionale Verteilung der Kooperationspartner ist unterschiedlich aus-

geprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus einsehbar unter www.vrk.de.

Der Höchstbetrag bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen des Bezugsjahres der Sehhilfen bzw. des Jahres der operativen Korrektur sowie des vorangegangenen Kalenderjahres.

Die Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

b) Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten

Erstattet werden die von der Beihilfe einbehaltenen Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten. Diese sind zusammen bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 400 € pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

c) Fahrtkosten bei Gehunfähigkeit

Erstattet werden Aufwendungen für Fahrten bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus. Werden die o.g. Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so wird der Kilometersatz gezahlt, der in der jeweils gültigen Fassung des Einkommensteuergesetzes geregelt ist. Ebenso werden auf Nachweis des Versicherungsnehmers die Kosten des preisgünstigsten öffentlichen Verkehrsmittels erstattet.

d) Heilpraktiker

Erstattet werden die Aufwendungen für ambulante Behandlungen durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker sowie die verordneten Arzneimittel bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 500 € pro Kalenderjahr.

e) Präventionsmaßnahmen

Erstattet werden pro Kalenderjahr insgesamt bis zu zwei Präventionskurse aus unterschiedlichen Bereichen (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung, Suchtprävention, Raucherentwöhnung) sowie Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes. Präventionskurse und Auslandsschutzimpfungen sind zusammen bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von maximal 100 € pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Als Präventionskurse gelten Maßnahmen, die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation, auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte sowie unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden. Ein Nachweis über die Teilnahme ist vorzulegen.

8. Serviceleistungen

a) Serviceleistungen bei Auslandsreisen

- Bei Auslandsreisen stellt die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung einen 24h-Kontakt mit wichtigen Leistungen, wie z.B. Kostenübernahme für stationäre Behandlungen, Organisation von Auslandsrücktransporten, Organisation der Überführung bei Tod, Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten/Krankenhäusern, zur Verfügung. Der 24h-Kontakt ist im Ausland mit der jeweils gültigen Vorwahl für Deutschland unter 69 6655533 erreichbar.

- Der Versicherer gibt gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahmegarantie ab und übernimmt namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenversicherer bzw. sonstigen Dritten, die zur Kostentragung der stationären Behandlung verpflichtet sind.
- Gerät die versicherte Person auf einer Reise in eine schwerwiegende Notlage (z. B. Erkrankung, Unfall), übermittelt der Versicherer auf Wunsch Nachrichten an die der versicherten Person nahe stehenden Personen und übernimmt die dadurch entstehenden Übermittlungskosten.
- Der Versicherer stellt – soweit erforderlich – über einen von ihm beauftragten Arzt den Kontakt zum jeweiligen Hausarzt und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthaltes sorgt er für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten.

b) Spezialistensuche

Die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung unterstützt auf Wunsch für Behandlungen im tariflichen Rahmen bei der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und Ärzten. Ist die Behandlung bei einem von der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung benannten Arzt nur zu Gebührensätzen möglich, die im Rahmen einer Honorarvereinbarung über den Höchstsätzen der Gebührenordnung geregelt werden, so werden diese übernommen.

c) Zweitmeinungsservice

Vor geplanten Operationen bzw. Behandlungen von schwerwiegenden Erkrankungen werden die Aufwendungen für eine Zweitmeinung eines spezialisierten Arztes erstattet, der auf Wunsch des Versicherten einen ärztlichen Rat erteilt, sofern dies durch die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung organisiert wird.

9. Monatsbeiträge

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.