



Beihilfeergänzungstarife

BE Bund (BEBUN), BE Thüringen (BETHU), BE Sachsen-Anhalt (BEANH)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

Diese Beihilfeergänzungstarife können für die versicherten Personen vereinbart werden, die beim Versicherer eine Grundabsicherung nach den Tarifen BA, BS und BZ (ambulante und stationäre Heilbehandlung, zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz) für Beihilfeberechtigte abgeschlossen haben. Bei Wegfall dieser Voraussetzung endet zum gleichen Zeitpunkt – auch für noch nicht ab-geschlossene Versicherungsfälle – die Versicherung nach diesem Tarif.

Außerdem kann der Tarif BEBUN von beihilfeberechtigten Mitgliedern der Postbeamtenkrankenkasse vereinbart werden.

I. Versicherungsleistungen

1. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Anrechnung von Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und nach Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus den Krankheitskostentarifen BA, BS und BZ ersetzt.

Bei Mitgliedern der Postbeamtenkrankenkasse werden deren Leistungen angerechnet.

Die verbleibenden Aufwendungen sind aber höchstens in dem Umfang erstattungsfähig, der sich nach Anrechnung eines Krankheitskostentarifes ergibt, für den Erstattungsprozentsatz und Beihilfebemessungssatz nicht weniger als 100 % betragen.

Der Versicherer erstattet

- a) bei Zahnersatz

die verbleibenden Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Material- und Laborkosten.

Die Leistung beträgt pro versicherte Person und Versicherungsjahr bis zu 4.500 €. In den ersten drei Versicherungsjahren werden pro versicherte Person und Jahr bis zu 500 € erstattet.

- b) bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland für einen im Ausland akut eingetretenen Versicherungsfall

– die verbleibenden Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie für schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen und Reparaturen von Prothesen,

– die Mehraufwendungen für den medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus,

– die Mehraufwendungen für die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 6.000 € Versicherungsleistung,

– die Aufwendungen für die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

Als Ausland gilt nicht das deutsche Staatsgebiet.

2. für ambulante Aufwendungen erstattet der Versicherer 100 % der unter Ziffer a – c aufgeführten Leistungen nach Anrechnung der Leistungen der Beihilfe bzw. der Erstattung von Versicherungsleistungen aus den Tarifen BA, BS bzw. der Postbeamtenkrankenkasse. Vorab wird eine einmalige Selbstbeteiligung von 60 € im Kalenderjahr auf den erstattungsfähigen Betrag für die Leistungen a – c abgezogen.

a) Sehhilfen

Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen) sind bis zu einem Höchstbetrag von 125 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.

Der Zeitraum bezieht sich auf das Bezugsjahr der Sehhilfen sowie das voran gegangene Kalenderjahr.

b) Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten

Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) und Fahrtkosten sind zusammen bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 400 € pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

c) Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind bis insgesamt 400 € im Kalenderjahr Aufwendungen für ambulante Behandlungen und verordnete Arzneimittel durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker.

Erfolgt bei b – c keine Leistung durch die Beihilfe, entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

Selbstbeteiligungen aus dem Tarif BASB300 werden durch den Tarif nicht erstattet.

3. Der Versicherer erstattet bei stationärer Heilbehandlung die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für die Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen für das Ein- und das Zweibettzimmer.

4. Der Versicherer zahlt für jeden vollen Tag 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 je als voller Tag gewertet.

5. Für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten stationären Kur- und Sanatoriums-aufenthalt, der in Deutschland durchgeführt wird, zahlt der Versicherer bis zu einer Dauer von 28 Tagen ein Tagegeld von 15 €. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 36 Monaten.

6. Selbstbeteiligungen, die in den Beihilfevorschriften vorgesehen sind, zählen – außer bei Ziff. 2 – nicht zu den Leistungen dieses Tarifs.

Dies gilt auch für die Praxisgebühr.

II. Monatsbeiträge

Siehe Beitragstabelle