

Basistarif Spezial (BSS)

Krankheitskostentarif für Personen mit Wohnsitz in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen oder Sachsen-Anhalt

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Basistarife (AVB/BS) - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung - Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009)

I. Leistungen des Versicherers

(1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages für ambulante Heilbehandlung gemäß § 1 (2) MB/KK 2009 bis zum 2,3-fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen, bis zum 1,8-fachen Satz nach den Abschnitten A, E und O und bis zum 1,15-fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Nummer 437 und dem Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Außerdem werden Hebammenkosten erstattet. Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

b) Psychologischer Psychotherapeut, Heilpraktiker

Die Kosten der Behandlung durch einen psychologischen Psychotherapeuten, der nicht unter Leitung eines Arztes tätig wird, oder durch einen Heilpraktiker werden **nicht** erstattet.

c) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Erstattet werden 85 % der Kosten bis zu einer Selbstbeteiligung von 200 EUR je Versicherungsjahr, darüber hinaus 100 % der Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Für Brillengestelle wird ein Betrag von 11 EUR erstattet. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Soweit ein Hilfsmittel mehr als 310 EUR kostet, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von 3 Kalenderjahren geleistet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

(2) Stationäre Behandlung

Erstattet werden 100 % der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz in der jeweils gültigen Fassung bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft oder Entbindung. Als allgemeine Krankenhausleistungen zählen Fallpauschalen, allgemeine, besondere und tagesgleiche Pflegesätze und Sonderentgelte; stationäre Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung ist nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Die Kosten für einen Belegarzt werden gemäß der unter (1) a) festgelegten Regelung übernommen. Belegarzt ist ein nicht am Krankenhaus angestellter Arzt, der seinen Patienten bei Krankenhausaufenthalt behandelt.

Werden nach einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen Kosten berechnet, so gelten sie als für die Mutter entstanden. Sie werden im tariflichen Umfang zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

(3) Krankentransport / Fahrtkosten

Erstattet werden 100 % des 10 EUR je Fahrt übersteigenden Betrages für medizinisch notwendige Transporte bei stationärer Behandlung zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit oder Rettungstransporten.

(4) Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3-fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bis zum 1,8-fachen Satz nach den Abschnitten A, E und O und bis zum 1,15-fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Nummer 437 und dem Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

b) Kieferorthopädische Behandlung

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3-fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

c) Zahnersatz

Erstattet werden 60 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3-fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bis zum 1,8-fachen Satz nach den Abschnitten A, E und O und bis zum 1,15-fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Nummer 437 und dem Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Zu den Zahnersatzkosten gehören zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken) einschl. Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und Gussfüllungen.

Kosten zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien werden zu 60 % erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet werden.

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

Im Rahmen von (4) werden in den ersten 12 Monaten höchstens 520 EUR und in den ersten 24 Monaten höchstens 1.030 EUR erstattet.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

II. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.