

**Krankheitskostenversicherung
für die ambulante Heilbehandlung
A 90/100, A 80/100**

Krankheitskostentarife für die ambulante Heilbehandlung
für nicht versicherungspflichtige **Angestellte, Arbeiter,
Selbstständige und Freiberufler** (nicht für Beihilfeberechtigte)

Krankheitskostentarife für die ambulante Heilbehandlung für nicht versicherungspflichtige Angestellte, Arbeiter, Selbstständige und Freiberufler (nicht für Beihilfeberechtigte)

A 90/100, A 80/100

A Leistungen des Versicherers

A 90/100

90%

des Rechnungsbetrages für:

1. Ärztliche Leistungen

Als ärztliche Leistungen gelten Beratungen, Hausbesuche, Operationen sowie sonstige Untersuchungen und Behandlungen einschließlich reproduktionsmedizinische Maßnahmen und Psychotherapie. Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden erbracht, wenn eine fachärztliche Feststellung der Erkrankung erfolgte. Neben ärztlichen Leistungen können dann auch Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn – nach maximal 5 probatorischen Sitzungen – eine schriftliche Zusage erteilt hat.

Erstattungsfähig sind Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie, sofern eine Fahruntauglichkeit ärztlich bescheinigt wird.

2. Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie.

3. Arzneimittel

Als Arzneimittel gilt auch Verbandmaterial. Zu den Arzneimitteln gehören jedoch nicht – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr- und Stärkungsmittel; es sei denn, sie wurden im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen ärztlich verordnet. Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate werden ebenfalls nicht erstattet.

4. Heilmittel

Heilmittel sind physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe (Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie).

5. Hebammenhilfe bei Schwangerschaft und Hausentbindung

Erstattet werden die Hebammenkosten wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt.

6. Hilfsmittel (außer Brillen und Kontaktlinsen)

Hierunter fallen technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Erstattet werden auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) und zur Reparatur oder Wartung der Hilfsmittel, jedoch keine Batterien für Hörgeräte.

100%

des Rechnungsbetrages für:

7. Brillen oder Kontaktlinsen

bis 160,- EUR jährlich, darüber hinaus zu einem Drittel.

8. Vorsorgeuntersuchungen

bis zu 160,- EUR je Vorsorgeuntersuchung, darüber hinaus zu einem Drittel. Hierzu zählen sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

9. Impfungen

Erstattet werden Impfungen, die jeweils von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.

B Selbstbehaltsbegrenzung

Übersteigen die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge zu Abschnitt A (Ziffer 1–6) im Kalenderjahr die Summe von 1.650,- EUR, so werden die darüber liegenden Rechnungsbeträge zu 100% erstattet.

C Beiträge

Die monatliche Beitragsrate (Beitragsübersichtsblatt) richtet sich nach dem erreichten Alter, maßgeblich ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr der versicherten Person.

Zusätzlich zur tariflichen monatlichen Beitragsrate ist von den Erwachsenen der gesetzliche Zuschlag gemäß § 12 Abs. 4a VAG zu entrichten. Der Zuschlag beträgt 10% der Bruttoprämie und wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, erhoben.

Bei einer Änderung der Tarifbeiträge im Rahmen des § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) ändert sich auch der gesetzliche Zuschlag entsprechend.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Stand 01/2011