

Beihilfeergänzungstarif **BET Plus**

Ergänzungstarif für **Beamte, Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge und beihilfeberechtigte Angestellte im öffentlichen Dienst mit Familienangehörigen**

Beihilfeergänzungstarif

Ergänzungstarif für **Beamte, Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge und beihilfeberechtigte Angestellte im öffentlichen Dienst mit Familienangehörigen**

BET Plus

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) umfassen diesen Tarif (Teil III) sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

A Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif BET Plus sind nur Beamte, Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge und beihilfeberechtigte Angestellte im öffentlichen Dienst mit Familienangehörigen versicherungsfähig, die bei der ALTE OLDENBURGER nach den Krankheitskostentarifen A-Beihilfe, K-Beihilfe **und** Z-Beihilfe für Beihilfeberechtigte versichert sind. Fällt **einer** dieser Tarife fort, endet auch die Versicherung nach Tarif BET Plus.

B Leistungen der ALTE OLDENBURGER

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden unter Anrechnung der Beihilfe und der Leistungen aus der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung ersetzt.

Eine Krankheitskostenversicherung gilt als **beihilfekonform**, wenn der Beihilfebemessungssatz und der tarifliche Erstattungsprozentsatz zusammen 100 % ergeben.

Soweit Beihilfevorschriften oder die beihilfekonforme Krankheitskostenversicherung Selbstbeteiligungen (z. B. als absoluter Selbstbehalt, Eigenbehalte, Kostendämpfungspauschale, Abzugsbeträge bezeichnet) vorsehen, gehören diese nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

Die Leistungen nach Tarif BET Plus dürfen die angefallenen Aufwendungen nach Abzug der Leistungen der Beihilfe und der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung sowie der Leistungen anderer bei der ALTE OLDENBURGER bestehenden Ergänzungsversicherungen nicht übersteigen.

Besteht für die versicherte Person ein Krankheitskostentarif mit einem niedrigeren, nicht beihilfekonformen Erstattungssatz oder nimmt die versicherte Person diesen nicht in Anspruch, wird die Vorleistung so berechnet als würde eine beihilfekonforme Krankheitskostenversicherung bestehen.

Die Auszahlung der versicherten Leistungen setzt die Vorlage des Beihilfebescheids voraus (§ 6 Abs. 1 MB/KK 2009).

Die tariflichen Leistungen umfassen die Erstattung von Aufwendungen für

1. Brillen oder Kontaktlinsen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen je versicherte Person bis zu 160,- EUR kalenderjährlich, darüber hinaus zu einem Drittel.

2. Leistungen des Heilpraktikers/Erweiterte Naturheilkundliche Leistungen des Arztes

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen, soweit das Honorar für Heilpraktiker im Rahmen der Beträge des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker 1985 liegt bzw. das Honorar für Ärzte den Höchstsatz (3,5-facher Satz) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht überschreitet.

Es dürfen nur Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Arzt für Naturheilverfahren“ bzw. „Arzt für Homöopathie“ oder anthroposophische Ärzte in Anspruch genommen werden.

Für vom Arzt oder Heilpraktiker verordnete Arzneimittel wird nicht geleistet.

3. Ambulante und stationäre Heilbehandlung bei Überschreitung der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Erstattungsfähig ist bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung durch Ärzte der Teil der Aufwendungen, der die Höchstsätze der GOÄ überschreitet (**Differenzkosten**), sofern dafür ein tariflicher Anspruch auf Leistung aus der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung besteht.

4. Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für nicht beihilfefähige Hilfsmittel, sofern ein tariflicher Anspruch auf Leistung aus der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung besteht. Die Erstattung ist begrenzt auf 500,- EUR pro Kalenderjahr.

5. Heilmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen, sofern ein tariflicher Anspruch auf Leistung aus der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung besteht.

6. Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind nicht beihilfefähige Aufwendungen für Reiseschutzimpfungen einschließlich Malariaprophylaxe und die entsprechenden Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) bis zu 150,- EUR je Kalenderjahr.

7. Haushaltshilfe

Erstattungsfähig sind beihilfefähige Aufwendungen für max. 28 Tage im Kalenderjahr. Die Erstattung ist begrenzt auf 50,- EUR pro Tag.

8. Begleitperson im Krankenhaus (Rooming in)

Für versicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird eine Pauschale in Höhe von 30,- EUR pro Tag für die Dauer von bis zu 14 Tagen pro Krankenhausaufenthalt gewährt, sofern die Begleitung durch ein Elternteil während des Krankenhausaufenthaltes medizinisch notwendig ist.

9. Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

Erstattungsfähig sind Aufwendungen, sofern ein Anspruch auf Leistung aus der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung besteht.

In den ersten drei Kalenderjahren werden höchstens bis zu 500,- EUR je Kalenderjahr (Summenbegrenzung) geleistet. Ab dem 4. Kalenderjahr gilt die volle tarifliche Leistung ohne Summenbegrenzung. Die Summenbegrenzung findet keine Anwendung für unfallbedingte Versicherungsfälle.

10. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich überwachten stationären Kurbehandlung (in Krankenanstalten, Sanatorien, Heilstätten und Krankenanstalten, die Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen) die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Kurtaxe, Kurplan, ärztliche Behandlung, Arzneien, Kurmittel und physikalische Therapie pro Tag bis zum Tagessatz von 30,- EUR.

Erstattet werden bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich überwachten ambulanten Kurbehandlung die Kosten für Kurtaxe, Kurplan, ärztliche Behandlung, Arzneien, Kurmittel und physikalische Therapie; pro Versicherungsfall insgesamt bis zu 300,- EUR.

Die Leistungen werden höchstens einmal innerhalb von 3 Kalenderjahren gezahlt. Als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns.

Kuraufenthalte, die innerhalb von 4 Wochen nach einem mindestens 14-tägigen Krankenhausaufenthalt beginnen, werden auf die Leistungsgrenze von 3 Kalenderjahren nicht angerechnet.

Die Leistungen werden nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Antritt der Kur schriftlich zugesagt hat. Die Zusage wird insbesondere dann erteilt, wenn die medizinisch notwendige Kur nach einem stationären Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen in unmittelbarem Anschluss daran angetreten wird.

Gemäß § 5 Abs. 1 d) MB/KK 2009 wird für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger aus dem Tarif BET Plus nicht geleistet.

C Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beitragsrate wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der zu versichernden Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbegins (§ 8 Abs. 1 MB/KK 2009).

Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

D Anpassung des Versicherungsschutzes

Die ALTE OLDENBURGER ist unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.