

Krankheitskosten-Tarif MediGroupAG FlexSelect Premium Ergänzungsversicherung für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung sowie Krankenhaustagegeld im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags

(Stand: 01.10.2022)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MediGroupAG FlexSelect Premium)

(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009*)

Der Versicherungsschutz

A. Allgemeine Bestimmungen

1. Geltung des Gruppenversicherungsvertrags
2. Versicherbarer Personenkreis
3. Entfall der Wartezeiten

B. Tarifstufen und Erstattungssatz

1. Tarifstufen
2. Verdoppelung des Leistungsbudgets bei Arbeitsunfall
3. Erstattungssatz

C. Tarifleistungen

1. Ambulante Leistungen
 - 1.1 Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
 - 1.2 Ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - 1.3 Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung
 - 1.4 Heilpraktiker und Naturheilverfahren durch Ärzte
 - 1.5 Osteopathie und Chiropraktik durch spezialisierte Heilpraktiker und Ärzte
 - 1.6 Heilmittel
 - 1.7 Hilfsmittel (mit Ausnahme von Hör- und Sehhilfen)
 - 1.8 Hörhilfen
 - 1.9 Sehhilfen
 - 1.10 Operative Sehschärfenkorrektur
2. Zahnärztliche Leistungen
 - 2.1 Zahnprophylaxe und Professionelle Zahnreinigung
 - 2.2 Zahnbehandlung
 - 2.3 Zahnersatz
 - 2.4 Kieferorthopädie infolge Unfall
 - 2.5 Gebührenhöhe bei zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen
3. Stationäre Leistungen
 - 3.1 Krankenhaustagegeld
 4. Gesundheitsanwendungen
 5. Beratungs- und Assistenzleistungen

D. Beiträge

* Für Tarife, die in Verbindung mit den AB/KK 2009 gelten, werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

A. Allgemeine Bestimmungen

- 1. Geltung des Gruppenversicherungsvertrags** Teil I (AB/KK 2009) und Teil II (MediGroupAG FlexSelect Premium) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten in Verbindung mit den für den Versicherungsschutz nach Tarif MediGroupAG FlexSelect Premium maßgeblichen Regelungen des zwischen dem jeweiligen Arbeitgeber und dem Versicherer abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrags.
- 2. Versicherbarer Personenkreis** Versicherungsfähig sind unter Berücksichtigung von § 1 Abs. 2 AB/KK 2009 beschäftigte Arbeitnehmer (versicherte Personen),
- die bei Abschluss des Tarifs MediGroupAG FlexSelect Premium das 16. Lebensjahr vollendet haben und
 - deren Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) sich zur Beitragszahlung im Rahmen des bestehenden Gruppenversicherungsvertrags zugunsten der versicherten Person verpflichtet hat.
- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis unverzüglich zu unterrichten.
- 3. Entfall der Wartezeiten** Abweichend von § 3 AB/KK 2009 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten.

B. Tarifstufen und Erstattungssatz

- 1. Tarifstufen** Der Versicherungsnehmer vereinbart die Tarifstufe mit dem Versicherer. Ausgehend von der vereinbarten Tarifstufe beträgt der Höchstleistungsbetrag je versicherte Person und Versicherungsjahr
- **300 Euro** in Tarifstufe 1
 - **500 Euro** in Tarifstufe 2
 - **750 Euro** in Tarifstufe 3
 - **1.000 Euro** in Tarifstufe 4
 - **1.250 Euro** in Tarifstufe 5.
- Der jährliche Höchstleistungsbetrag (Leistungsbudget) gilt für sämtliche Leistungen des Tarifs MediGroupAG FlexSelect Premium und kann beliebig aufgeteilt werden. Hiervon ausgenommen sind die in Abschnitt C.5. aufgeführten Beratungs- und Assistenzleistungen.
- Für Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung (Abschnitt C.1.3) sind besondere Höchstbeträge vorgesehen, die auf den jeweils vereinbarten Höchstleistungsbetrag der versicherten Person angerechnet werden.
- Ist das Leistungsbudget ausgeschöpft, entfällt die Leistungspflicht des Versicherers aus Tarif MediGroupAG FlexSelect Premium für das restliche Versicherungsjahr. Ab dem 01.01. des Folgejahres steht der versicherten Person das Leistungsbudget gemäß vereinbarter Tarifstufe wieder vollständig zur Verfügung. Für die Zuordnung der Kosten ist das Behandlungs- bzw. Bezugsdatum maßgeblich.
- Der Versicherungsnehmer kann die Tarifstufe insgesamt oder für einzelne versicherte Personen zum Beginn eines jeden Versicherungsjahres wechseln. Die Umstellung der Tarifstufe muss binnen einer Frist von zwei Monaten zum Jahresende beim Versicherer beantragt werden.
- 2. Verdoppelung des Leistungsbudgets bei Arbeitsunfall** Erleidet die versicherte Person einen Arbeitsunfall, der stationär behandelt werden muss, verdoppelt der Versicherer das Leistungsbudget für diese Person für das laufende und das darauffolgende Versicherungsjahr. Ausgenommen hiervon sind die besonderen Höchstbeträge.
- Ein Arbeitsunfall liegt vor, wenn die gesetzliche Unfallversicherung oder die jeweils zuständige Berufsgenossenschaft den Unfall als Arbeitsunfall anerkannt hat.
- Für die Bestimmung des laufenden Versicherungsjahres ist der Tag der Anerkennung des Arbeitsunfalls (z. B. Anerkennungsbescheid) durch die gesetzliche Unfallversicherung bzw. der Berufsgenossenschaft maßgeblich.
- Die Verdoppelung des Leistungsbudgets ist mit Einreichen eines Anerkennungsbescheids zu beantragen.
- 3. Erstattungssatz** Erstattungsfähig sind
- 100 %** der tariflichen Leistungen bis zum Höchstleistungsbetrag der jeweils vereinbarten Tarifstufe.

Tarif MediGroupAG FlexSelect Premium dient der Ergänzung der gesetzlichen/privaten Krankenversicherung. Zur optimalen Nutzung des Leistungsbudgets wird empfohlen, zunächst die Leistungen anderer Kostenträger in Anspruch zu nehmen. Für eine bestmögliche Erstattung im Krankheitsfall werden daher die Leistungen anderer Kostenträger auf die Erstattungsleistungen dieses Tarifs angerechnet.

C. Tarifleistungen

1. Ambulante Leistungen

1.1

Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- sportmedizinische Untersuchungen zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken,
- Schutzimpfungen (einschließlich Reiseschutzimpfungen), die von der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden.

1.2

Ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete

- Arznei- und Verbandmittel (einschließlich sog. grüner Rezepte/Privatrezepte),
- gesetzliche Zuzahlungen und Mehrkosten,
- Harn- und Blutzuckerteststreifen.

Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden (vgl. § 4 Abs. 7 AB/KK 2009).

Ergänzend zu § 5 Abs. 3 AB/KK 2009 ist die Erstattung der Aufwendungen für Mittel der individuellen Lebensführung ausgeschlossen. Dies sind z. B. Mittel zur Verhütung, Potenzsteigerung, Gewichtsreduzierung oder Vitaminpräparate.

1.3

Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung bis zu einem jährlichen Höchstleistungsbetrag in Höhe von

- **30 Euro** in Tarifstufe 1
- **50 Euro** in Tarifstufe 2
- **75 Euro** in Tarifstufe 3
- **100 Euro** in Tarifstufe 4
- **125 Euro** in Tarifstufe 5.

Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung müssen aus der Apotheke bezogen werden (vgl. § 4 Abs. 7 AB/KK 2009). Die Aufwendungen sind über ein gesondert zur Verfügung gestelltes Formular nachzuweisen.

Ergänzend zu § 5 Abs. 3 AB/KK 2009 ist die Erstattung der Aufwendungen für Mittel der individuellen Lebensführung ausgeschlossen. Dies sind z. B. Mittel zur Verhütung, Potenzsteigerung, Gewichtsreduzierung oder Vitaminpräparate.

1.4

Heilpraktiker und Naturheilverfahren durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie Naturheilverfahren durch Ärzte bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechend dem Hufelandverzeichnis. Erstattungsfähig sind zudem die verordneten Arznei- und Verbandmittel. Die Einschränkung des § 4 Abs. 15 AB/KK 2009 findet keine Anwendung.

1.5

Osteopathie und Chiropraktik durch spezialisierte Heilpraktiker und Ärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische und chiropraktische Behandlung durch spezialisierte Heilpraktiker und Ärzte. Die Aufwendungen sind bis zum Höchstsatz des gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie bis zu den Höchstsätzen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechend dem Hufelandverzeichnis erstattungsfähig.

1.6

Heilmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für verordnete Heilmittel im Rahmen der beihilfefähigen Höchstbeträge der Bundesbeihilfe sowie gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen für Heilmittel.

Die tariflichen Leistungen werden auch dann erbracht, wenn nach Einführung des Tarifs beim Versicherer am 01.10.2022 Heilmittel der Bundesbeihilfe im Leistungsverzeichnis (vgl. § 23 Abs. 1 Bundesbeihilfeverordnung, Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel) nicht mehr als beihilfefähig aufgeführt werden oder die Bundesbeihilfe dort genannte Höchstbeträge für Heilmittel im Leistungsverzeichnis mindert.

1.7 Hilfsmittel (mit Ausnahme von Hör- und Sehhilfen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel sowie für hiermit im Zusammenhang stehende gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen ohne vorherige Zusage. Wartungs- und Reparaturkosten werden ebenfalls erstattet. Zu den Hilfsmitteln zählen z. B.:

- Sprechgeräte und elektronische Sprechhilfen,
- orthopädische Einlagen und Schuhe,
- Bandagen und Kompressionsstrümpfe (Gummistrümpfe),
- Körperersatzstücke (z. B. Prothesen und künstliches Auge),
- Orthesen und Bewegungsschienen,
- Krankenfahrstühle, Gehstützen und Rollatoren,
- Blutdruckmessgeräte,
- Blutzuckermessgeräte mit und ohne Sensortechnik inklusive dem notwendigen Austausch der Sensoren,
- Stomaartikel und Inkontinenzhilfen,
- Blindenstöcke, ausgebildete Blindenführhunde, Blindenlesegeräte,
- Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdendolmetscher),
- Heimdialysegeräte,
- Inhalationshilfen und -geräte,
- Schlafapnoetherapiegeräte,
- Enterale und Parenterale Ernährung (z. B. Ernährungspumpe),
- Insulinpumpen,
- Tinnitus-Masker/Noiser,
- digitale Produkte, die dem Anwendungsbereich des Medizinproduktegesetz unterliegen.

Der Bezug von Hilfsmitteln ist dabei nicht auf die in § 4 Abs. 10 und Abs. 10.1 AB/KK 2009 aufgezählten Hilfsmittel beschränkt.

Aus dem Höchsterstattungsbetrag werden Aufwendungen für Hilfsmittel nicht erstattet, deren Kosten die soziale Pflegeversicherung oder die private Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach erstattet. Ausgenommen sind auch Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind sowie Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

Vor Bezug von Hilfsmitteln können mögliche Kooperationspartner beim Versicherer erfragt werden.

1.8 Hörhilfen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Neuanschaffung oder den Ersatz eines Hörgerätes sowie gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen für Hörgeräte. Otoplastiken sowie Wartungs- und Reparaturkosten werden ebenfalls erstattet.

Sonstige Betriebskosten (z. B. Batterien) fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

1.9 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- Sehhilfen (Kontaktlinsen, Brillen, Sonnenbrillen und Bildschirmarbeitsbrillen) mit nachgewiesenen Dioptrienwerten,
- Reparaturen,
- Sehstärkenbestimmung.

Abweichend von § 4 Abs. 7 AB/KK 2009 verzichtet der Versicherer auf eine ärztliche Verordnung, sofern vor Bezug der Sehhilfe eine Sehstärkenbestimmung durch einen Augenoptiker erfolgt ist.

1.10 Operative Sehschärfenkorrektur

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. LASIK, LASEK, Femtolaser, Implantation von Intraokularlinsen) durch niedergelassene approbierte Ärzte bis zu den Höchstsätzen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

2. Zahnärztliche Leistungen

2.1 Zahnprophylaxe und Professionelle Zahnreinigung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztlich prophylaktische Leistungen. Als Zahnprophylaxe gelten

- professionelle Zahnreinigung,
- Versiegelung (Fissurenversiegelung),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,

- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kariesrisikodiagnostik.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten (Dentalhygieniker) in Anspruch genommen werden.

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung. Als Zahnbehandlung gelten

- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- konservierende Leistungen, insbesondere Kunststoff- und Kompositfüllungen und Wurzelbehandlungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- chirurgische Leistungen,

sowie hierzu notwendige Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen und zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

2.3 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten

- Einlagefüllungen (Inlays), Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne (d. h. bis einschließlich Zahn 8),
- Keramikverblendschalen (Veneers),
- prothetische Leistungen (insbesondere Brücken, Stifzähne, Voll- oder Teilprothesen sowie deren Reparatur),
- Aufbissbehelfe und Schienen, sofern diese nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind,
- implantologische Leistungen (inklusive augmentative Leistungen, Implantate, Knochenaufbau, Suprakonstruktionen und zugehörige chirurgische Leistungen),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,

sowie hierzu notwendige Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen und zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

2.4 Kieferorthopädie infolge Unfall

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung infolge eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als kieferorthopädische Behandlung gelten z. B. Aufwendungen für

- Brackets (z. B. Mini-, Kunststoff-, Keramikbrackets),
- Bögen,
- unsichtbare Zahnschienen (z. B. Invisalign),
- Aufbissbehelfe und Schienen, sofern diese im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind

sowie hierzu notwendige Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen und zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Voraussetzung für eine kieferorthopädische Behandlung ist, dass diese Maßnahme von einem Kieferorthopäden oder Fachzahnarzt für Kieferorthopädie durchgeführt wird.

2.5 Gebührenhöhe bei zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen

Die Gebühren für zahnärztliche Leistungen sind nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Zahntechnische Leistungen sind nach den Bestimmungen der gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

3. Stationäre Leistungen

3.1 Krankenhaustagegeld

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung und Entbindung in einem Krankenhaus erhält die versicherte Person ein Krankenhaustagegeld in Höhe von **10 Euro** je Kalendertag.

Der Anspruch besteht für maximal 28 Tage je Versicherungsjahr.

Die Auszahlung erfolgt gegen Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhausarztes bzw. sonstiger geeigneter Kostenbelege, die die Dauer der stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus ausweisen.

4. Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind Gesundheitsanwendungen, die der Versicherer über ausgewählte qualifizierte Anbieter zur Verfügung stellt.

Informationen zu den erstattungsfähigen Gesundheitsanwendungen überlässt der Versicherer auf Anfrage.

5. Beratungs- und Assistanzenleistungen

Der Versicherer erbringt Beratungs- und Assistanzenleistungen durch von ihm beauftragte qualifizierte Dienstleister.

Hinweise auf die Kooperationspartner überlässt der Versicherer auf Anfrage.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) der versicherten Person maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 70. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.
4. Von einer Beitragsanpassung (vgl. § 18 AB/KK 2009) wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.