

Vorschlag für eine private Krankenvollversicherung für Martina Musterfrau

Erstellt am 10.03.2011



Daten zur Person

Geschlecht:	weiblich	Geburtsdatum:	01.01.1986
Status:	Versicherungsnehmer	Berufsgruppe:	Beamte/r
Beihilfesatz:	50 %	Beihilfeträger:	Bund

Tarifvorgaben

Versicherungsbeginn:	01.04.2011	Tarifgebiet:	West
Tarifarten:	Ambulant Stationär Zahn Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 €		

Tarifvorschlag

Wir möchten Ihnen folgende Tarife vorschlagen:

Versicherer:	Tarife:	Beitrag:
Debeka Krankenversicherungsverein a.G.	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	211,90 €
HUK-Coburg Krankenversicherung AG	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	187,05 €
Münchener Verein Krankenversicherung a.G.	936 939 726 PVB 795	208,76 €
HALLESCHE Krankenversicherung a.G.	PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	187,69 €
AXA / DBV Krankenversicherung AG	VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N	196,70 €

Die einzelnen Tarife werden auf den folgenden Seiten ausführlich beschrieben und verglichen.

Gewünschte Leistungspunkte

Folgende Leistungspunkte wurden bei der Analyse berücksichtigt:

Leistungspunkte Ambulant			
Sehhilfen	Ja.	Psychotherapie	Ja.
Krankentransporte ambulant	Ja.	Verzicht auf Kurortklausel	Ja.
GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	Ja.	Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)	Ja.
Heilpraktiker	Ja.	Körperersatzstücke	Ja.
Prothesen	Ja.	Orthesen	Ja.
Kunstaugen	Ja.	Atemmonitor (Heimgerät)	Ja.
Herzmonitor (Heimgerät)	Ja.	Beatmungsgeräte (Heimgerät)	Ja.
Heimdialysegerät	Ja.	Krankenfahstühle ohne Summenbegrenzung	Ja.
Hör-/Sprechgeräte	Ja.	orthopädische Schuhe	Ja.
Blindenhund o. Blindenleitgerät	Ja.	Blindenlese-/Vorlesegerät	Ja.
Sehhilfen Erstattung mind. alle 24 Monate	Ja.	offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	Ja.
Hilfsmittel - mind. normale Ausführung	Ja.	Hilfsmittel - Reparatur	Ja.
Hilfsmittel - keine Beschränkungen d. Bezugsart	Ja.	Heilmittel - keine pauschalen Beschränkungen	Ja.
Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis	Ja.	Logopädie durch Logopäden	Ja.
Ergotherapie durch Ergotherapeuten	Ja.	Arznei-/Verbandmittel ohne zusätzliche SB	Ja.
Vorsorge auch über gesetzliche Programme	Ja.	Schutzimpfungen	Ja.
Psychotherapie auch ohne vorherige Zusage des VR	Ja.	Psychotherapie ohne besondere Einschränkungen/SB`s	Ja.

Leistungspunkte Stationär			
2-Bett-Zimmer	Ja.	Wahlärztliche Behandlung (freie Arztwahl)	Ja.
Krankentransporte bis nächstes geeignetes KH ohne km-Grenze inkl. Rettungsflug	Ja.	Ersatzkrankenhaustagegeld	Ja.
Verzicht auf rechtz. Meldung KH-Aufenthalt	Ja.	Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)	Ja.
Stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen	Ja.	Entziehungsmaßnahmen versichert	Ja.
GOÄ stationär: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	Ja.		

Leistungspunkte Zahn			
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen	Ja.	Inlays = Zahnbehandlung	Ja.
Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	Ja.	GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	Ja.

Leistungspunkte Allgemein			
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	Ja.		

Leistungspunkte Krankenhaustagegeld			
Keine Leistungspunkte berücksichtigt.			

Leistungsübersicht

Hier sehen Sie eine Leistungsübersicht unserer vorgeschlagenen Tarife. Die Leistungsstärke der Tarife in den einzelnen Bereiche wird durch die Anzahl der farbigen Balken wiedergespiegelt. Sollten wichtige Hinweise zu den Tarifen vorhanden sein, werden diese mit einem gelben Warnhinweis gekennzeichnet. Bitte lesen Sie dann diese Hinweise in den Tarifdetails nach.

Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	Ambulant	Stationär	Chefarzt	Zahn	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Kieferorthopädie	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90		 			50 %	50 %	50 %	65 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05					50 %	50 %	50 %	65 %
Münchener Verein	936 939 726 PVB 795		208,76	0,00		208,76		 			50 %	50 %	50 %	92 %
Hallesche	PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH		187,69	0,00		187,69					50 %	32 %	40 %	77 %
AXA - DBV	VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N		196,70	0,00		196,70		 			50 %	50 %	50 %	73 %

Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

   Niedriger Leistungsumfang

   Umfangreicher Leistungsumfang

   Überdurchschnittlicher Leistungsumfang

   1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen

Effektivbeitrag: Der Effektivbeitrag ist der Krankenversicherungsbeitrag (bei Arbeitnehmern abzüglich des Arbeitsgeberzuschusses) plus 1/12 der jährlichen Selbstbeteiligung.

Leistungsübersicht Ambulant

Im folgenden wird die Leistungsstärke der Tarife im ambulanten Leistungsbereich verglichen.

Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	GOÄ / GOZ	Heilpraktiker	Heil-/Hilfsmittel	Psychotherapie	Vorsorge	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90						65 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05						65 %
Münchener Verein	936 939 726 PVB 795		208,76	0,00		208,76						92 %
Hallesche	PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH		187,69	0,00		187,69						77 %
AXA - DBV	VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N		196,70	0,00		196,70						73 %

Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Schwache Leistungsstärke

 Durchschnittliche Leistungsstärke

 Überdurchschnittliche Leistungsstärke

 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen

Leistungsübersicht Tagegelder

Hier sehen Sie eine Leistungsübersicht unserer vorgeschlagenen Tarife in den Leistungsbereichen Tagegelder:

Versicherer	Tarife		Gesamt €	AN Anteil €	Selbstbeteiligung €	Effektiv €	Krankenhaus-tagegeld	Erfüllte Vorgaben in %
Debeka	P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		211,90	0,00		211,90		65 %
Huk-Coburg	BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		187,05	0,00		187,05		65 %
Münchener Verein	936 939 726 PVB 795		208,76	0,00		208,76		92 %
Hallesche	PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH		187,69	0,00		187,69		77 %
AXA - DBV	VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N		196,70	0,00		196,70		73 %

Legende:

 Bitte wichtige Hinweise in den Tarifdetails beachten !

 Schwache Leistungsstärke

 Durchschnittliche Leistungsstärke

 Überdurchschnittliche Leistungsstärke

 1-Bett Zimmer, 2-Bett Zimmer, Mehr-Bett Zimmer

A: Ambulante Selbstbeteiligung, S: Stationäre Selbstbeteiligung, Z: Selbstbeteiligung bei Zahnleistungen

Tarifdetails

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK		Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B		Münchener Verein 936 939 726 PVB 795		Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH		AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N	
Tarif BE/S2:	11,40 €	Tarif BA501-50:	96,73 €	Tarif 726:	6,50 €	Tarif BEa 50:	8,04 €	Tarif BW2 50-NT:	12,76 €
Beihilfeergänzungstarif: Zahntechnische Laborleistungen, Ausland, Hilfsmittel, Sehhilfen, Krankenhaustagegeld, Kurtagegeld. (für versicherte Personen, bei denen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen grundsätzlich zu 40 % beihilfefähig sind) Stand: 01.02.2009		Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50% Der Tarif wird spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird auf den Tarif BA30 umgestellt. Stand: 01.02.2009		Beihilfeergänzungstarif: - 10% Material- und Laborkosten bei Zahnersatz - Heilpraktiker - Sehhilfen - Auslandsreisen Beihilfeergänzungstarif nach Anrechnung von Beihilfe und Haupttarif. Stand: 01.01.2011		Beihilfeergänzungstarif: - Sehhilfen - Heilpraktiker bis 1.000 EUR - Zahnersatz (Material- /Laborkosten) - privatärztliche Behandlung über der GOÄ/GOZ - Kurtagegeld Stand: 01.04.2010		50% Erstattung der Wahlleistungen im Krankenhaus (2- Bettzimmer, Privatarzt). Stand: 01.01.2010	
Tarif P20:	52,85 €	Tarif BEZ1plus:	7,91 €	Tarif 936:	108,25 €	Tarif CG230:	8,23 €	Tarif BWE-N:	6,06 €
Ambulanter u. stationärer Tarif (Regel- u. Wahlleistungen) für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Stand: 01.01.2010		Stand: 01.03.2011		Kompakttarif: - Ambulant (Hausarztprinzip) - Stationär (Regel- u. Wahlleistungen im Krankenhaus: 2- Bettzimmer, Wahlarzt - Zahn Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010		Erstattung Wahlleistungen im Krankenhaus (2- Bettzimmer, Privatarzt). Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.04.2010		Erstattung der Differenzkosten zwischen 1-Bettzimmer und 2- Bettzimmer. Stand: 01.02.2009	
Tarif P30:	95,53 €	Tarif BS501-50:	34,28 €	Tarif 939:	62,12 €	Tarif CG 320:	4,27 €	Tarif PVB:	10,43 €
Ambulanter Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30% Stand: 01.01.2010		Stationärer Tarif für Beihilfeberechtigte. Regel- u. Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Chefarzt). Versicherter Prozentsatz: 50% Der Tarif wird spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird auf den Tarif BS30 umgestellt. Stand: 01.02.2009		Kompakttarif: - Ambulant (Hausarztprinzip) - Stationär (Regel- u. Wahlleistungen im Krankenhaus: 2- Bettzimmer, Wahlarzt - Zahn Tarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Stand: 01.01.2011		Stationär: 20% 2-Bettzimmer 20% Wahlärztliche Behandlung (Tarif für Beihilfeberechtigte, endet im Versorgungsfall, spät. mit Alter 65) Stand: 01.04.2010		Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010	
Tarif PVB:	10,24 €	Tarif BZ501-50:	22,03 €	Tarif PVB:	10,50 €	Tarif CSD:	4,24 €	Tarif VisB50-NT:	152,75 €
Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010						Erstattung der Differenzkosten 1- Bettzimmer. Stand: 01.04.2010		Kompakttarif für ambulante Behandlung (80% Arznei- /Verbandmittel bis 1.000,- € RB, darüber 100%), Regelleistungen im Mehrbettzimmer, Zahnbehandlung, Zahnersatz u. Kieferorthopädie. Zuschlag für Raucher 20% (Frauen 15%). Versicherter Prozentsatz 50%. Stand: 01.01.2010	
Tarif Z20:	7,91 €					Tarif PRIMO-B120:	50,60 €	Tarif KHTE-N:	4,16 €
Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 20% Stand: 01.01.2010						Erstattung der Differenzkosten 1- Bettzimmer. Stand: 01.04.2010		Krankenhaustagegeld. Maximaler Tagessatz: 100 € (In einigen Fällen auch weniger, z.B. bei nicht Erwerbstätigen) Stand: 01.01.2010	
Tarif Z30:	12,55 €								

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
<p>Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 30%</p> <p>Stand: 01.01.2010</p> <p>Tarif TK: 3,40 €</p> <p>Krankenhaustagegeld. Stand: 01.01.2008</p> <p>Gesetzlicher Zuschlag: 18,02 €</p>	<p>Zahntarif für Beihilfeberechtigte. Versicherter Prozentsatz: 50%</p> <p>Der Tarif wird spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird auf den Tarif BZ30 umgestellt.</p> <p>Stand: 01.02.2009</p> <p>Tarif PVB: 9,50 €</p> <p>Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2010</p> <p>Tarif KHT-B: 2,76 €</p> <p>Krankenhaustagegeld für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2008</p> <p>Gesetzlicher Zuschlag: 13,84 €</p>	<p>Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.05.2010</p> <p>Tarif 795: 3,70 €</p> <p>Krankenhaustagegeld. Stand: 01.02.2009</p> <p>Gesetzlicher Zuschlag: 17,69 €</p>	<p>Kompakttarif für Beihilfeberechtigte. Ambulant, Stationär (Regelleistungen), Zahnbehandlung, Zahnersatz (65%), Kieferorthopädie (80%). Versicherter Prozentsatz: 20%</p> <p>Der Tarif endet spätestens zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder das 65. Lebensjahr vollendet wird. Stand: 01.01.2010</p> <p>Tarif PRIMO-B30: 85,93 €</p> <p>Kompakttarif für Beihilfeberechtigte. Ambulant, Stationär (Regelleistungen), Zahnbehandlung, Zahnersatz (65%), Kieferorthopädie (80%). Versicherter Prozentsatz: 30%</p> <p>Stand: 01.01.2010</p> <p>Tarif PVB: 10,22 €</p> <p>Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte. Stand: 01.01.2008</p> <p>Tarif URZ: 1,00 €</p> <p>Auslandsreise-Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen. Stand: 01.07.2008</p> <p>Tarif KH: 4,52 €</p> <p>Krankenhaustagegeld. Stand: 01.01.2008</p> <p>Gesetzlicher Zuschlag: 10,64 €</p>	<p>Gesetzlicher Zuschlag: 10,54 €</p>

Hinweise nicht erfüllter Leistungsvorgaben und wichtige Informationen zu den Tarifen:

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
<p>Erfüllte Vorgaben: 65%</p> <p>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</p> <p>GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Blindenhund o. Blindenleitgerät</p> <p>Hilfsmittel - Reparatur</p> <p>Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)</p> <p>Verzicht auf rechtz. Meldung KH-Aufenthalt</p> <p>GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien</p> <p>Logopädie durch Logopäden</p> <p>Ergotherapie durch Ergotherapeuten</p> <p>Blindenlese-/Vorlesegerät</p> <p>Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung</p> <p>offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel</p> <p>Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)</p> <p>Vorsorge auch über gesetzliche Programme</p> <p>Schutzimpfungen</p> <p>Entziehungsmaßnahmen versichert</p> <p>Verzicht auf Kurortklausel</p>	<p>Erfüllte Vorgaben: 65%</p> <p>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</p> <p>GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>GOÄ stationär: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Kunstaugen</p> <p>Blindenhund o. Blindenleitgerät</p> <p>Körperersatzstücke</p> <p>Atemmonitor (Heimgerät)</p> <p>Gemischte Anstalten - bessere Regelung als MB/KK (mind. Notfall)</p> <p>GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Herzmonitor (Heimgerät)</p> <p>Beatmungsgeräte (Heimgerät)</p> <p>Blindenlese-/Vorlesegerät</p> <p>Heimdialysegerät</p> <p>Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung</p> <p>offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel</p> <p>Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)</p> <p>Prothesen</p> <p>Entziehungsmaßnahmen versichert</p>	<p>Erfüllte Vorgaben: 92%</p> <p>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</p> <p>GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>GOÄ stationär: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Heimdialysegerät</p>	<p>Erfüllte Vorgaben: 77%</p> <p>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</p> <p>GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Blindenhund o. Blindenleitgerät</p> <p>Hilfsmittel - keine Beschränkungen d. Bezugsart</p> <p>Körperersatzstücke</p> <p>Hilfsmittel - Reparatur</p> <p>Inlays = Zahnbehandlung</p> <p>Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis</p> <p>GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Blindenlese-/Vorlesegerät</p> <p>Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung</p> <p>Psychotherapie ohne besondere Einschränkungen/SB s</p>	<p>Erfüllte Vorgaben: 73%</p> <p>Folgende Vorgaben wurden nicht erfüllt:</p> <p>GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Hilfsmittel - keine Beschränkungen d. Bezugsart</p> <p>Hilfsmittel - Reparatur</p> <p>Atemmonitor (Heimgerät)</p> <p>Inlays = Zahnbehandlung</p> <p>Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen</p> <p>Verzicht auf rechtz. Meldung KH-Aufenthalt</p> <p>GOZ Zahn: keine Begrenzung auf den Höchstsatz</p> <p>Herzmonitor (Heimgerät)</p> <p>offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel</p> <p>Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)</p> <p>Vorsorge auch über gesetzliche Programme</p> <p>Arznei-/Verbandmittel ohne zusätzliche SB</p>
<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>P20:</p> <p>Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</p>	<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>BA501-50:</p> <p>Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?</p>	<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>936:</p> <p>Volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?</p>	<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>PRIMO-B120:</p> <p>Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</p>	<p>Wichtige Hinweise:</p> <p>VisB50-NT:</p> <p>Hilfsmittel - existiert ein offener Hilfsmittelkatalog?</p>

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
<p>Krankenfahrtstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig.</p> <p>Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</p> <p>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?</p> <p>Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.</p> <p>Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</p> <p>Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p> <p>P30:</p> <p>Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrtstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?</p> <p>Krankenfahrtstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig.</p> <p>Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</p> <p>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)</p> <p>Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p>	<p>Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</p> <p>BEZ1plus:</p> <p>Sonstiges</p> <p>Selbstbeteiligung für Sehhilfen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten, Heilpraktiker von 60 € im Kalenderjahr in diesem Tarif.</p> <p>BS501-50:</p> <p>Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?</p> <p>Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.</p>	<p>Primärarztprinzip vorhanden. Bei Nichteinhaltung Kürzung der Erstattung um 25%.</p> <p>939:</p> <p>Volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?</p> <p>Primärarztprinzip vorhanden. Bei Nichteinhaltung Kürzung der Erstattung um 25%.</p>	<p>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>Sonstiges</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung - auch bei stationärer Behandlung.</p> <p>Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Brustprothesen, für Arm- und Unterschenkelprothesen bis max. 3.500,- € Rechnungsbetrag, Oberschenkelprothesen max. bis 5.000,- € Rechnungsbetrag.</p> <p>Psychotherapie - keine pauschalen Einschränkungen?</p> <p>20% Selbstbeteiligung bei Psychotherapie.</p> <p>PRIMO-B30:</p> <p>Sonstiges</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung - auch bei stationärer Behandlung.</p> <p>Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?</p> <p>Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Brustprothesen, für Arm- und Unterschenkelprothesen bis max. 3.500,- € Rechnungsbetrag, Oberschenkelprothesen max. bis 5.000,- € Rechnungsbetrag.</p>	<p>Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Folgende abschließend aufgezählte...".</p> <p>Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?</p> <p>Verhaltensbonus: BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 50 €</p> <p>Sonstiges</p> <p>Raucherzuschlag: 20% des Tarifbeitrages für Männer und 15% für Frauen.</p> <p>Zahn - sind Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen erstattungsfähig?</p> <p>Erstattungsfähig sind zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate). In besonderen Fällen max. 4 Implantate pro Kiefer.</p> <p>GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?</p> <p>Die Erstattung über die Höchstsätze der Gebühren-ordnung erfolgt, wenn der Versicherer solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.</p> <p>Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?</p> <p>Arznei-/Verbandmittel sind nach Abzug einer Selbstbeteiligung in Höhe von 20% erstattungsfähig. Die Selbstbeteiligung gilt max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 1.000,- € p.a..</p>

Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig? Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet. TK: max. versicherbarer Tagessatz Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €			Psychotherapie - keine pauschalen Einschränkungen? 20% Selbstbeteiligung bei Psychotherapie.	

Leistungsvergleich Schnellübersicht:

Allgemeine Leistungspunkte					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach ambulanten Behandlungen gefragt?	✓		✓	✓	
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach psychotherapeutischen Behandlungen gefragt?	✓		✓		✓
Antrag - wird im Antrag max. 5 Jahre rückwirkend nach stationären Behandlungen gefragt?	✓		✓		✓
Zahn - bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?			5	3	
Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?	0	6	0	8	
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?	unbegrenzt	2	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Ausland - ist der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?	✓	✓	✓	✓	✓
Ausland - besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)			✓	✓	✓
Ausland - besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)			✓	✓	✓

Allgemeine Leistungspunkte					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Allgemeines - ist vertraglich geregelt, dass der Vertrag bei Verlegung d. Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland auf jeden Fall fortgeführt werden kann?			✓		✓
Beitragsrückerstattung - beinhaltet der Tarif eine garantierte Beitragsrückerstattung?					
Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?	4	4	1	1	2 Hinweis: Verhaltensbonus: BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 50 €
Allgemeines - sind keine Wartezeiten vorhanden?					✓
Allgemeines - besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?					✓
Allgemeines - sieht der Vertrag nach Entbindung Zusatzleistungen vor (z.B. Pauschalleistung, Beitragsfreiheit...)?			✓		
Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?			✓	✓	✓
Allgemeines - ist vertraglich garantiert, dass bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?			✓	✓	✓
Allgemeines - erfolgt in den Bedingungen eine Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?		✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Ambulant					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Selbstbeteiligung - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung pro Jahr?	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Selbstbeteiligung - gilt die Selbstbeteiligung nur für den ambulanten Bereich?	✓	✓	✓	✓	✓
Selbstbeteiligung - ist die Selbstbeteiligung für Kinder reduziert?	✓	✓	✓	✓	✓
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
Volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✓	✓		✓	✓
Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓	✓		✓	✓
Verzichtet der Versicherer bei bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✓	✓	✓	✓	✓
Verzichtet der Tarif auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✓	✓	✓	✓	✓
Ist der Eigenanteil, der bei Nichteinhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht, in der Höhe oder zeitlich begrenzt?	✓	✓	✓	✓	✓
GOÄ ambulant - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓	✓	✓
GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?					

Leistungspunkte Ambulant					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
GOÄ ambulant - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?			✓	✓	✓
Sind Behandlungen durch Heilpraktiker erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
Wie hoch ist die Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker?	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Bis zu welchem €-Betrag sind Behandlungen durch Heilpraktiker p.a. mind. erstattungsfähig?	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	1600 €	unbegrenzt
Behandl./Medikamente nach Hufeland/altern. Heilmethoden erstattungsfähig?				✓	
Heilpraktiker - sind Heilpraktikerleistungen mind. bis zum Höchstsatz Gebüh. erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen über gesetzl. Programme hinaus erstattungsfähig?		✓	✓	✓	
Vorsorge - werden Schutzimpfungen erstattet?		✓	✓	✓	✓
Heilmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Heilmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)	0 €	0 €	0 €	5000 €	0 €
Heilmittel - sind keine unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.) vorhanden?	✓	✓	✓	✓	✓
Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?	✓	✓	✓		✓

Leistungspunkte Ambulant					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Heilmittel - ist Logopädie durch Logopäden erstattungsfähig?		✓	✓	✓	✓
Heilmittel - ist Ergotherapie durch Ergotherapeuten erstattungsfähig?		✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?	50 %	50 %	50 %	40 %	50 %
Hilfsmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)	0 €	0 €	0 €	5000 €	0 €
Hilfsmittel - existiert ein offener Hilfsmittelkatalog?					
Hilfsmittel - sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert?			✓	✓	
Hilfsmittel - ist mind die "normale" Ausführung erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - ist die Reparatur erstattungsfähig?		✓	✓		
Hilfsmittel - bestehen keine Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✓	✓	✓		
Hilfsmittel - sind die Kosten für Atemmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?	✓		✓	✓	
Hilfsmittel - sind die Kosten für Herzmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?	✓		✓	✓	
Hilfsmittel - sind die Kosten für Beatmungsgeräte (Heimgerät) erstattungsfähig?	✓		✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Heimdialysegeräte erstattungsfähig?	✓			✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?			✓		✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Hör- u. Sprechgeräte erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Ambulant					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Hilfsmittel - sind die Kosten für orthopädische Schuhe erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für die Anschaffung/Ausbildung eine Blindenhund/Blindenleitgerätes erstattungsfähig?			✓		✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Blindenlese-/Vorlesegeräte erstattungsfähig?			✓		✓
Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?	✓		✓		✓
Hilfsmittel - sind Prothesen uneingeschränkt erstattungsfähig? (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)	✓		✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind Orthesen erstattungsfähig? (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel - sind die Kosten für Kunstaugen erstattungsfähig?	✓		✓	✓	✓
Sehhilfen - erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)	unbegrenzt Hinweis: P30: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig. P20: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.	unbegrenzt	600 €	100 €	300 €
Sehhilfen - sind Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
Psychotherapie - erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Ambulant					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Psychotherapie - auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?	✓		✓	✓	✓
Psychotherapie - keine pauschalen Einschränkungen?	✓	✓	✓		✓
Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?	20 Hinweis: P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet. P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.	30	50	30	30
Ambulante Krankentransport erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
Sind Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit erstattungsfähig?			✓	✓	
Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	
Arznei-/Verbandmittel - sind Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen erstattungsfähig?	✓		✓	✓	
Allgemeines - wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet?		✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Stationär					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?		✓		✓	✓
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 2-Bettzimmer erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
Krankenhaus - sind wahlärztliche Behandlungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
GOÄ stationär - leistet der Tarif bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✓	✓	✓	✓	✓
GOÄ stationär - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?	✓			✓	✓
GOÄ stationär - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?			✓	✓	✓
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage (und ohne Summenbegrenzung) erstattungsfähig?			✓		✓
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen mind. bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) auch ohne vorherige Zusage ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?					✓
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen auch ohne vorherige Zusage des Versicherers ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?					
Krankenhaus - sind Krankentransporte ohne km-Grenze bis zum nächsten geeigneten KH erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓

Leistungspunkte Stationär					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Krankenhaus - ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorgesehen?	✓	✓	✓	✓	✓
Krankenhaus - verzichtet der VR auf die rechtz. Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes?		✓	✓	✓	
Gemischte Krankenanstalten - beinhalten die Bedingungen eine kundenfreundlichere Regelung als die MB/KK?			✓	✓	✓
Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?	✓	✓ Hinweis: BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.	✓	✓	✓
Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?			✓	✓	✓

Leistungspunkte Zahn					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Zahn - wie hoch wird Zahnbehandlung erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Zahn - wie hoch wird Zahnersatz erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %	32 %	50 %
Zahn - wie hoch wird Kieferorthopädie erstattet? (%)	50 %	50 %	50 %	40 %	50 %
Zahn - ist Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	✓
GOZ Zahn - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✓	✓	✓	✓	✓
GOZ Zahn - der Tarif auch über den Höchstsatz der GOZ?					
GOZ Zahn - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?			✓	✓	✓
Zahn - ist kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?	✓	✓	✓		
Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?	99 Hinweis: P30: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer. P20: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.	0	2	99 Hinweis: PRIMO-B30: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer. PRIMO-B120: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.	4
Zahn - entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✓	✓	✓	✓	✓
Zahn - ist die Vorlage eines Heil- u. Kostenplan nicht zwingend vorgeschrieben?	✓		✓		

Leistungspunkte Zahn					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Zahn - sind Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen erstattungsfähig?	✓	✓	✓	✓	
Zahn - werden Inlays wie Zahnbehandlung erstattet?	✓	✓	✓		

Leistungspunkte Krankenhaustagegeld					
	Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
max. versicherbarer Tagessatz	0 Hinweis: TK: Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €				100
Mindestvertragsdauer					

Leistungsvergleich Textübersicht

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen textuellen Vergleich der Leistungspunkte der vorgeschlagenen Tarife. Dieser Vergleich ersetzt nicht die originalen Dokumenten des Versichers und dient somit nicht als Leistungsbeschreibung.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTe-N
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach ambulanten Behandlungen gefragt?				
P30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre. P20: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	-	936: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre. 939: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	PRIMO-B30: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre PRIMO-B120: Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre	Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung 5 Jahre).
Antrag - wird im Antrag max. 3 Jahre rückwirkend nach psychotherapeutischen Behandlungen gefragt?				
P30: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre. P20: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre.	-	936: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre. 939: Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt max. 3 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Ja, der Abfragezeitraum für ambulante psychotherapeutische Behandlungen beträgt 3 Jahre (stationär 5 Jahre).
Antrag - wird im Antrag max. 5 Jahre rückwirkend nach stationären Behandlungen gefragt?				
P30: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. P20: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	-	936: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. 939: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 10 Jahre (bis Alter 32: 5 Jahre).	VisB50-NT: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. BWE-N: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre. BW2 50-NT: Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Zahn - bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?				
Es liegen leider keine Informationen vor.	Es liegen leider keine Informationen vor.	936: Fehlt nur ein Zahn im nicht sichtbaren Seitenzahnbereich, wird kein Risikozuschlag erforderlich. In der Vollversicherung kann sich der Antragsteller zwischen einem Leistungsausschluss (LA) für die fehlenden Zähne und einem Risikozuschlag von je 20 % pro fehlenden Zahn (im Zahntarif bzw. Beitragsanteil für Zahnleistungen der Kompakttarife) entscheiden. Ab 6 fehlenden Zähnen = Ablehnung. 939: Fehlt nur ein Zahn im nicht sichtbaren Seitenzahnbereich, wird kein Risikozuschlag erforderlich. In der Vollversicherung kann sich der Antragsteller zwischen einem Leistungsausschluss (LA) für die fehlenden Zähne und einem Risikozuschlag von je 20 % pro fehlenden Zahn (im Zahntarif bzw. Beitragsanteil für Zahnleistungen der Kompakttarife) entscheiden. Ab 6 fehlenden Zähnen = Ablehnung.	PRIMO-B30: Bis 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss (Vereinbarung VG27) Ab 4 fehlende Zähne: Ablehnung Ab 11 ersetzten/überkronten Zähnen: Ablehnung PRIMO-B120: Es liegen leider keine Informationen vor.	Es liegen keine Informationen vor.
Allgemeines - sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar? Ab welchem Alter?				
P30: Kinder sind auch alleine versicherbar. P20: Kinder sind auch alleine versicherbar.	Kinder sind erst ab dem 6. Lebensjahr alleine versicherbar.	936: Kinder sind auch alleine versicherbar. 939: Kinder sind auch alleine versicherbar.	PRIMO-B30: Kinder sind erst ab dem 8. Lebensjahr alleine versicherbar. PRIMO-B120: Kinder sind erst ab dem 8. Lebensjahr alleine versicherbar.	-

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTe-N
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?				
<p>Z30: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p> <p>P30: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p> <p>P20: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p> <p>Z20: Bei vorübergehenden Aufenthalten besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. Bei Wegzug des Versicherten in das europäische Ausland besteht der Versicherungsvertrag weiter.</p>	<p>Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu 2 Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus, längstens aber für weitere 2 Monate.</p>	<p>726: Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von bis zu 6 Wochen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die verbleibenden Kosten für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung, Transportkosten vom und zum nächst gelegenen geeigneten Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung, erstattet.</p> <p>936: Es besteht während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der Versicherungsschutz mit Ausnahme für Kur- und Sanatoriumsbehandlung für die ersten sechs Monate auf der ganzen Welt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer spätestens zum ersten Werktag des 4. Monats eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen. Der Versicherungsschutz verlängert sich, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen.</p> <p>939: Es besteht während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der Versicherungsschutz mit Ausnahme für Kur- und Sanatoriumsbehandlung für die ersten sechs Monate auf der ganzen Welt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer spätestens zum ersten Werktag des 4. Monats eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen. Der Versicherungsschutz verlängert sich, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.</p>	<p>CG230: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.</p> <p>CG320: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.</p> <p>PRIMO-B30: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.</p> <p>PRIMO-B120: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.</p> <p>URZ: Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit.</p>	<p>Es besteht weltweiter Versicherungsschutz für die ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes. Ab dem 7. Monat (Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes) besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn hierüber zuvor mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung getroffen wurde.</p>

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Ausland - wie viele Monate besteht Versicherungsschutz weltweit?				
		Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen.		
Ausland - ist der med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland versichert?				
Z30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. P30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. P20: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. BE/S2: Medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 5.500 EUR Versicherungsleistungen. Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären. Z20: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig (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).	726: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind - die angefallenen und nachgewiesenen Kosten der Überführung einer versicherten Person im Todesfall an ihren Heimatort in Deutschland bis zu 5.000 EUR aus dem europäischen und bis zu 10.000 EUR aus dem außereuropäischen Ausland; - die angefallenen und nachgewiesenen Bestattungskosten im Falle der Beisetzung einer versicherten Person im Ausland bis zu 5.000 EUR. 936: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. 939: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig.	CG230: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. CG320: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. PRIMO-B30: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. PRIMO-B120: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. URZ: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären. 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €. 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre.	Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Ausland - besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)				
Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	936: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen. 939: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.	PRIMO-B30: Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich. PRIMO-B120: Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	Ja, es besteht während der ersten 6 Monate son ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrundegelegt werden.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Ausland - besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)				
Nein. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas ist die Fortsetzung möglich, tarifliche Leistung jedoch max. wie in Deutschland.	Nein, bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ist die Fortsetzung möglich, Leistung max. wie in Deutschland. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	936: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen. 939: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.	PRIMO-B30: Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich. PRIMO-B120: Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/EWR im tariflichen Umfang max. wie in Deutschland. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Lehnt der VN diesen Zuschlag ab, werden nur Leistungen wie im Inland erstattet. Umwandlung in Anwartschaft möglich.	Ja, über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung - ggf. mit Beitragszuschlag - mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, wenn der Antrag innerhalb einer Frist eingeht. Bei Ablauf der Vereinbarung kann der VN eine Fortführung (ggf. mit anderem Zuschlag/Frist) verlangen.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Allgemeines - ist vertraglich geregelt, dass der Vertrag bei Verlegung d. Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland auf jeden Fall fortgeführt werden kann?				
Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in Anwartschaft verlangt werden.	Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung ist die Umwandlung in Anwartschaft möglich.	936: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen. 939: Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versic herer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen.	Nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung kann der Vertrag aufgrund besonderer Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in Anwartschaft verlangt werden.	Ja, während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, wenn der Antrag innerhalb einer Frist eingeht. Der Versicherer kann einen Beitragszuschlag verlangen. Bei Ablauf der Vereinbarung kann der VN eine Fortführung (ggf. mit anderem Zuschlag/Frist) verlangen.
Beitragsrückerstattung - beinhaltet der Tarif eine garantierte Beitragsrückerstattung?				
Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Die Beitragsrückerstattung ist nicht vertraglich garantiert.	Keine Leistung vorhanden.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Beitragsrückerstattung - wieviele Monatsbeiträge sollen nach 1 leistungsfreien Jahr erstattet werden?				
<p>Z30: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt.</p> <p>P30: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt.</p> <p>P20: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt.</p> <p>Z20: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr). Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem Kompakttarif. Für Kinder wird keine Beitragsrückerstattung gezahlt.</p>	<p>Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 4 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies Kalenderjahr. Erstattungsgrundlage ist der Beitrag aus dem ambulanten Tarif.</p>	<p>936: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1,0 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahre) 1,2 MB für 2 leistungsfreies KJ 1,6 MB für 3 leistungsfreies KJ 2,0 MB für 4 leistungsfreies KJ 2,4 MB für 5 leistungsfreies KJ 2,8 MB für 6 leistungsfreies KJ 3,2 MB für 7 leistungsfreies KJ 3,6 MB für 8 leistungsfreies KJ 4,0 MB für 9 und mehr leistungsfreies KJ</p> <p>939: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1,0 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahre) 1,2 MB für 2 leistungsfreies KJ 1,6 MB für 3 leistungsfreies KJ 2,0 MB für 4 leistungsfreies KJ 2,4 MB für 5 leistungsfreies KJ 2,8 MB für 6 leistungsfreies KJ 3,2 MB für 7 leistungsfreies KJ 3,6 MB für 8 leistungsfreies KJ 4,0 MB für 9 und mehr leistungsfreies KJ</p>	<p>PRIMO-B30: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), 1,5 MB für 2 leistungsfreies KJ, 2 MB für 3 leistungsfreies KJ, 2,5 MB für 4 leistungsfreies KJ, 3 MB für 5 leistungsfreies KJ.</p> <p>PRIMO-B120: Die Beitragsrückerstattung beträgt z.Zt. 1 MB (Monatsbeitrag) für 1 leistungsfreies KJ (Kalenderjahr), 1,5 MB für 2 leistungsfreies KJ, 2 MB für 3 leistungsfreies KJ, 2,5 MB für 4 leistungsfreies KJ, 3 MB für 5 leistungsfreies KJ..</p>	<p>Die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit beträgt: 1. Kalenderjahr: 50% von 4 Monatsbeiträgen</p> <p>Hinweis: Verhaltensbonus: BodyMassIndex zwischen 18,5 und 25: 50 €</p>
Allgemeines - sind keine Wartezeiten vorhanden?				
Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Allgemeines - besteht ein Optionsrecht auf Höherversicherung in bessere Tarife?				
Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Keine Leistung vorhanden.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Kein Optionsrecht auf Höherversicherung.	Optionsrecht auf Höherversicherung bei bestimmten Ereignissen vorhanden, z.B. Abschluss Ausbildung, Heirat, geburt/Adoption eines Kindes, Statuswechsel (Selbständigkeit, Verbeamtung), Beginn der Berufsausbildung ei-nes Kindes, Entsendung ins Ausland, Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. Bitte weitere Bedingungen laut AVB beachten.
Allgemeines - sieht der Vertrag nach Entbindung Zusatzleistungen vor (z.B. Pauschalleistung, Beitragsfreiheit...)?				
-	-	936: Bezieht eine versicherte Person Elterngeld, so ist sie für die Dauer des nachgewiesenen Bezugs, längstens jedoch für sechs Monate, von der Zahlung des Beitrags für den Tarif BONUS CARE-B befreit. 939: Bezieht eine versicherte Person Elterngeld, so ist sie für die Dauer des nachgewiesenen Bezugs, längstens jedoch für sechs Monate, von der Zahlung des Beitrags für den Tarif BONUS CARE-B befreit.	-	Keine Leistung vorhanden.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?				
Keine Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.	Keine Leistungspflicht besteht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.	936: Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten, aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat die Ausreise nicht möglich ist. 939: Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten, aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat die Ausreise nicht möglich ist.	CG230: Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/KK 2009. CG320: Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/KK 2009. PRIMO-B30: Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den	Unter bestimmten Umständen besteht Leistungspflicht für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Allgemeines - verzichtet/beschränkt der Versicherer die Anwendung des §5 1.a) der MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung - Ausschluss Krieg)?				
			Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/KK 2009. PRIMO-B120: Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/KK 2009.	
Allgemeines - ist vertraglich garantiert, dass bei Beendigung der Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann?				
Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	Nein, das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist nicht vertraglich geregelt.	936: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird). 939: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	PRIMO-B30: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird). PRIMO-B120: Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2008 (Versicherungspflicht in der GKV) Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

Allgemeine Leistungspunkte				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Allgemeines - erfolgt in den Bedingungen eine Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?				
Nein, in den Bedingungen ist nicht geregelt, dass für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien besteht.	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	936: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien. 939: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	PRIMO-B30: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien. PRIMO-B120: Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Selbstbeteiligung - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung pro Jahr?				
P30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. P20: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	936: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. 939: Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	PRIMO-B30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. PRIMO-B120: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
Selbstbeteiligung - gilt die Selbstbeteiligung nur für den ambulanten Bereich?				
P30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. P20: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	936: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. 939: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	PRIMO-B30: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung. PRIMO-B120: Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
Selbstbeteiligung - ist die Selbstbeteiligung für Kinder reduziert?				
P30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. P20: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	936: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. 939: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	PRIMO-B30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. PRIMO-B120: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligungen erstattungsfähig?				
P30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. P20: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	936: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. 939: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	PRIMO-B30: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. PRIMO-B120: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?				
P30: Kein Primärarztprinzip vorhanden. P20: Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Primärarztprinzip vorhanden. Bei Nichteinhaltung Kürzung der Erstattung um 25%. Als Hausarzt gilt: Arzt ohne Gebietsbezeichnung, praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, als Hausarzt tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, Facharzt für Gynäkologie, Facharzt für Augenerkrankungen, Facharzt für Kindererkrankungen ohne Schwerpunktbezeichnung, Notarzt, Bereitschaftsarzt. Hinweis: Primärarztprinzip vorhanden. Bei Nichteinhaltung Kürzung der Erstattung um 25%.	PRIMO-B30: Kein Primärarztprinzip vorhanden. PRIMO-B120: Kein Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Primärarztprinzip vorhanden.
Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?				
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Nein, bei akuter Erkrankung im Ausland gilt das Haus-/Primärarztprinzip wie in Deutschland.	PRIMO-B30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. PRIMO-B120: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
Verzichtet der Versicherer bei bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?				
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	936: Ja, bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte gilt das Haus-/Primärarztprinzip nicht. 939: Ja, bei Behandlungen durch Not- und Bereitschaftsärzte gilt das Haus-/Primärarztprinzip nicht.	PRIMO-B30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip. PRIMO-B120: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Verzichtet der Tarif auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?				
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	936: Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Haus- /Primärarzt erforderlich ist. 939: Ja, es besteht keine zeitliche Befristung, nach deren Ablauf eine erneute Überweisung durch den Haus- /Primärarzt erforderlich ist.	PRIMO-B30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip. PRIMO-B120: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.
Ist der Eigenanteil, der bei Nichteinhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht, in der Höhe oder zeitlich begrenzt?				
P30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip. P20: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	936: Nein, es besteht keine zeitliche Begrenzung oder summenmäßige Maximierung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Haus- /Primärarztprinzip nicht eingehalten hat. 939: Nein, es besteht keine zeitliche Begrenzung oder summenmäßige Maximierung des Eigenanteiles, sofern die versicherte Person das Haus- /Primärarztprinzip nicht eingehalten hat.	PRIMO-B30: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip. PRIMO-B120: Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.	Dieser Tarif beinhaltet kein Haus- /Primärarztprinzip.
GOÄ ambulant - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?				
P30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	936: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. 939: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	PRIMO-B30: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. PRIMO-B120: Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTe-N
GOÄ ambulant - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?				
Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im ambulanten Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt. Hinweis: Die Erstattung über die Höchstsätze der Gebührenordnung erfolgt, wenn der Versicherer solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.
GOÄ ambulant - erstattet der Versicherer z.B.bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?				
Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	-	936: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). 939: Ja, der Versicherer verzichtet bei bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	PRIMO-B30: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen. PRIMO-B120: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen.	Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Sind Behandlungen durch Heilpraktiker erstattungsfähig?				
P30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. P20: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	726: Erstattungsfähig sind die nach Anrechnung der Beihilfe und der beihilfekonformen Krankenkostenversicherung verbleibenden Kosten für Untersuchungen und Behandlungen durch Heilpraktiker bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). 936: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. 939: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.
Wie hoch ist die Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker?				
P30: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. P20: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	936: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. 939: Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	BEa 50: Erstattungsfähig sind die unter Anrechnung beihilfefähiger Anteile verbleibenden Aufwendungen für Heilpraktikerbehandlungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 € pro Kalenderjahr. PRIMO-B30: Heilpraktikerleistungen sind zu 80% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig. PRIMO-B120: Heilpraktikerleistungen sind zu 80% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind analog des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Bis zu welchem €-Betrag sind Behandlungen durch Heilpraktiker p.a. mind. erstattungsfähig?				
P30: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. P20: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	936: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig. 939: Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Heilpraktikerleistungen sind zu 80% des versicherten Prozentsatzes bis max. 1.000,- € Rechnungsbetrag p.a. erstattungsfähig. PRIMO-B120: Heilpraktikerleistungen sind zu 80% des versicherten Prozentsatzes bis max. 1.000,- € Rechnungsbetrag p.a. erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Behandl./Medikamente nach Hufeland/altern. Heilmethoden erstattungsfähig?				
Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben.	PRIMO-B30: Es besteht Versicherungsschutz für folgende Naturheilverfahren durch Ärzte: Hydro- und Balneotherapie (Bäder, Güsse, Druckstrahlmassagen, Wickel, Packungen und Dämpfe), Kälte- und Wärmetherapie, Bewegungstherapie, Atemtherapie, Blutegelbehandlung, Schröpfen, Chirotherapie, Präparate der Phytotherapie, Präparate der Anthroposophie, Klassische Homöopathie, Akupunktur zur Schmerzbehandlung. Soweit es sich dabei um ärztliche Leistungen handelt, sind diese zu 100% erstattungsfähig. PRIMO-B120: Es besteht Versicherungsschutz für folgende Naturheilverfahren durch Ärzte: Hydro- und Balneotherapie (Bäder, Güsse, Druckstrahlmassagen, Wickel, Packungen und Dämpfe), Kälte- und Wärmetherapie, Bewegungstherapie, Atemtherapie, Blutegelbehandlung, Schröpfen, Chirotherapie, Präparate der Phytotherapie, Präparate der Anthroposophie, Klassische Homöopathie, Akupunktur zur Schmerzbehandlung. Soweit es sich dabei um ärztliche Leistungen handelt, sind diese zu 100% erstattungsfähig.	Geleistet wird im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wenden Heilbehandler andere Methoden an oder verordnen andere Arzneimittel, dann wird auch dafür geleistet, wenn sich diese Methoden oder Arzneimittel nach statistischen Methoden als erfolgsversprechend erwiesen haben (bei unheilbaren Krankheiten auch für solche, die auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Ziel wahrscheinlich macht).

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Heilpraktiker - sind Heilpraktikerleistungen mind. bis zum Höchstsatz GebüH. erstattungsfähig?				
P30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig. P20: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.	Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des GebüH. erstattungsfähig.	936: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arzneimittel und Verbandmaterial. 939: Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arzneimittel und Verbandmaterial.	PRIMO-B30: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig. PRIMO-B120: Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen werden max. bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.
Vorsorge - sind Vorsorgeuntersuchungen über gesetzl. Programme hinaus erstattungsfähig?				
Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.	Als Versicherungsfall gelten auch gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersgrenze.	936: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig. 939: Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Altersbegrenzung erstattungsfähig. PRIMO-B120: Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Altersbegrenzung erstattungsfähig.	Vorsorgeuntersuchungen sind innerhalb gesetzlich eingeführter Programme erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Vorsorge - werden Schutzimpfungen erstattet?				
Schutzimpfungen sind nicht Gegenstand der Bedingungen / des Tarifes.	Schutzimpfungen einschl. Impfstoff, soweit es sich um staatl. empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz- und Zeckenschutzimpfung handelt.	936: Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, soweit sie von der Ständigen Impfkommission empfohlen, gemäß den Ziffern 375 bis 378 der GOÄ berechnet werden und deren Höchstsatz nicht überschreiten. 939: Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, soweit sie von der Ständigen Impfkommission empfohlen, gemäß den Ziffern 375 bis 378 der GOÄ berechnet werden und deren Höchstsatz nicht überschreiten.	PRIMO-B30: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist. PRIMO-B120: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.	Ja, der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Heilmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?				
P30: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. P20: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	936: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. 939: Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	PRIMO-B30: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 80% des versicherten Prozentsatzes erstattet. PRIMO-B120: Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 80% des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.
Heilmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)				
P30: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. P20: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	936: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. 939: Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	PRIMO-B30: Der Selbstbehalt ist nicht in der Höhe begrenzt. Laut dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist definiert, dass eine Krankenversicherung in Summe nicht mehr als 5.000 € Selbstbeteiligung im ambulanten und stationären Bereich beinhalten darf. PRIMO-B120: Der Selbstbehalt ist nicht in der Höhe begrenzt. Laut dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist definiert, dass eine Krankenversicherung in Summe nicht mehr als 5.000 € Selbstbeteiligung im ambulanten und stationären Bereich beinhalten darf.	Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
Heilmittel - sind keine unübliche Beschränkungen (z.B: max. 10 Behandlungen pro Jahr, Selbstbeteiligungen etc.) vorhanden?				
P30: Keine unüblichen Beschränkungen. P20: Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.	936: Keine unüblichen Beschränkungen. 939: Keine unüblichen Beschränkungen.	PRIMO-B30: Keine unüblichen Beschränkungen. PRIMO-B120: Keine unüblichen Beschränkungen.	Keine unüblichen Beschränkungen.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Heilmittel - kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?				
P30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	936: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. 939: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
Heilmittel - ist Logopädie durch Logopäden erstattungsfähig?				
Logopädie ist nicht in den Bedingungen aufgeführt (siehe dazu auch Heilmittel-Definition dieses Tarifes).	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	936: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig. 939: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Logopädie sind erstattungsfähig.
Heilmittel - ist Ergotherapie durch Ergotherapeuten erstattungsfähig?				
Ergotherapie ist nicht in den Bedingungen aufgeführt (siehe dazu auch Heilmittel-Definition dieses Tarifes).	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	936: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig. 939: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.	Die Kosten für Ergotherapie sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - wie hoch ist die Erstattung in %?				
P30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. P20: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	936: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet. 939: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet.	PRIMO-B30: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 80% des versicherten Prozentsatzes erstattet. PRIMO-B120: Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 80% des versicherten Prozentsatzes erstattet.	Erstattungsfähige Hilfsmittel werden analog des versicherten Prozentsatzes erstattet, wenn diese über den Versicherer bezogen werden.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Hilfsmittel - wie hoch ist die max. Selbstbeteiligung p.a. €? (9999 = unbegrenzt)				
P30: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. P20: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	936: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an. 939: Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	PRIMO-B30: Der Selbstbehalt für Hilfsmittel ist nicht in der Höhe begrenzt. Laut dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist definiert, dass eine Krankenversicherung in Summe nicht mehr als 5.000 € Selbstbeteiligung im ambulanten und stationären Bereich beinhalten darf. PRIMO-B120: Der Selbstbehalt für Hilfsmittel ist nicht in der Höhe begrenzt. Laut dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist definiert, dass eine Krankenversicherung in Summe nicht mehr als 5.000 € Selbstbeteiligung im ambulanten und stationären Bereich beinhalten darf.	Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an, sofern diese über den Versicherer bezogen werden.
Hilfsmittel - existiert ein offener Hilfsmittelkatalog?				
Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Hilfsmittel: ..."	Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Als Hilfsmittel gelten..."	Nein, Erstattungsfähig sind die Kosten für beihilfefähige Hilfsmittel.	Kein offener Hilfsmittelkatalog. Im Bereich der lebenserhaltenden Hilfsmittel kann der Katalog jedoch als offen angesehen werden.	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: VisB50-NT: Kein offener Hilfsmittelkatalog. "Folgende abschließend aufgezählte..."
Hilfsmittel - sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert?				
Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel versichert.	Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel versichert.	936: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. 939: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	BEa 50: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. PRIMO-B30: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert. PRIMO-B120: Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	Nein, es sind nur die im Hilfsmittelkatalog genannten Hilfsmittel versichert.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Hilfsmittel - ist mind die "normale" Ausführung erstattungsfähig?				
P30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. P20: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	936: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. 939: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	PRIMO-B30: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden. PRIMO-B120: Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.	Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die einfache Ausführung o.ä. vorhanden.
Hilfsmittel - ist die Reparatur erstattungsfähig?				
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme von Reparaturen von Hilfsmitteln vor.	Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.	936: Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig. 939: Reparaturen von Hilfsmitteln sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme von Reparaturen von Hilfsmitteln vor.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme von Reparaturen von Hilfsmitteln vor.
Hilfsmittel - bestehen keine Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?				
P30: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. P20: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	936: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. 939: Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden. Werden Hilfsmittel jedoch über den Versicherer bezogen, erhöht sich der Erstattungsbetrag von 75% auf 90%.	Rollstühle, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitore werden zur Verfügung gestellt.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Atemmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?				
P30: Atemmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)") P20: Atemmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)")	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Atemmonitore vor.	936: Atemmonitore sind erstattungsfähig. 939: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Atemmonitore sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Atemmonitore sind erstattungsfähig.	Überwachungsmonitore sind nur für Säuglinge erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Hilfsmittel - sind die Kosten für Herzmonitore (Heimgerät) erstattungsfähig?				
P30: Herzmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)") P20: Herzmonitore sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)")	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Herzmonitore vor.	936: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig. 939: Die Kosten für Herzmonitore sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Herzmonitore sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Herzmonitore sind erstattungsfähig.	Überwachungsmonitore sind nur für Säuglinge erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Beatmungsgeräte (Heimgerät) erstattungsfähig?				
P30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)") P20: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. ("Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)")	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Beatmungsgeräte vor.	936: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. 939: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Heimdialysegeräte erstattungsfähig?				
P30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. P20: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor.	PRIMO-B30: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Krankenfahrstühle ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?				
Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig. Hinweis: Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 620,- € erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 2.000,- € erstattungsfähig.	936: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. 939: Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 1.500,- € erstattungsfähig.	Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Hilfsmittel - sind die Kosten für Hör- u. Sprechgeräte erstattungsfähig?				
P30: Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig. P20: Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig.	Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	936: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. 939: Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500,- € alle 5 Jahre erstattungsfähig. Elektronische Kehlköpfe sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Hörgeräte sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500,- € alle 5 Jahre erstattungsfähig. Elektronische Kehlköpfe sind erstattungsfähig.	Hörgeräte (max. 1.300,- € pro Ohr) und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für orthopädische Schuhe erstattungsfähig?				
P30: Mehrkosten für orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. P20: Mehrkosten für orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	Orthopädische Schuhe u. Einlagen sind erstattungsfähig.	936: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. 939: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Orthopädische Schuhe sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 250,- € erstattungsfähig. PRIMO-B120: Orthopädische Schuhe sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 250,- € erstattungsfähig.	Zurichtungen an Konfektionsschuhen, orthopädische Schuhe (erstattungsfähig sind die einen Betrag von 50,00 EUR übersteigenden Aufwendungen), Gummistrümpfe sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für die Anschaffung/Ausbildung eines Blindenhund/Blindenleitgerätes erstattungsfähig?				
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenhunde vor.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenhunde vor.	936: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig. 939: Die Kosten für einen Blindenhund sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenhunde vor.	Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Blindenlese-/Vorlesegeräte erstattungsfähig?				
Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.	936: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig. 939: Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Blindenlese-/Vorlesegeräte vor.	Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 Euro brutto erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Hilfsmittel - sind alle Körperersatzstücke uneingeschränkt erstattungsfähig?				
P30: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen. P20: Körperersatzstücke in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	Körperersatzstücke sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind Kunstglieder.	936: Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen). 939: Körperersatzstücke sind erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen).	Körperersatzstücke sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Brustprothesen, für Arm- und Unterschenkelprothesen bis max. 3.500,- € Rechnungsbetrag, Oberschenkelprothesen max. bis 5.000,- € Rechnungsbetrag. Hinweis: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Brustprothesen, für Arm- und Unterschenkelprothesen bis max. 3.500,- € Rechnungsbetrag, Oberschenkelprothesen max. bis 5.000,- € Rechnungsbetrag.	Körperersatzstücke sind in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
Hilfsmittel - sind Prothesen uneingeschränkt erstattungsfähig? (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)				
P30: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. P20: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	Prothesen sind nicht in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind Kunstglieder.	936: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. 939: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	PRIMO-B30: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt. PRIMO-B120: Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind Orthesen erstattungsfähig? (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)				
P30: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate. P20: Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	936: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig. 939: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
Hilfsmittel - sind die Kosten für Kunstaugen erstattungsfähig?				
P30: Kunstaugen sind erstattungsfähig. P20: Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Kunstaugen vor.	936: Kunstaugen sind erstattungsfähig. 939: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Kunstaugen sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Kunstaugen sind erstattungsfähig.	Kunstaugen sind erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Sehhilfen - erstattungsfähig?				
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
Sehhilfen - wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen? (€)				
<p>P30: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p> <p>P20: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p> <p>BE/S2: Brillen (Brillengestelle und Brillengläser), sofern sie nach den jeweiligen Beihilfevorschriften beihilfefähig sind, bis zur beihilfefähigen Höhe. Sofern Beihilfevorschriften keine Beihilfefähigkeit für Brillen vorsehen, werden bei Aufwendungen - für maximal zwei Brillengläser im Kalenderjahr - Leistungen für Einstärkengläser bis zu 30 EUR je Glas und für Mehrstärkengläser bis zu 75 EUR je Glas erbracht.</p> <p>Hinweis: P30: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig. P20: Brillen und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR) erstattungsfähig.</p>	<p>BA501-50: Brillengläser und Kontaktlinsen sind ohne Begrenzung erstattungsfähig, Brillengestelle bis max. 125,00 €.</p> <p>BEZ1plus: Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen) sind bis zu einem Höchstbetrag von 125 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.</p>	<p>726: Brillen und Kontaktlinsen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 150,00 EUR erstattungsfähig.</p> <p>936: Brillen und Kontaktlinsen sind zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR erstattungsfähig.</p> <p>939: Brillen und Kontaktlinsen sind zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR erstattungsfähig.</p>	<p>BEa 50: Erstattungsfähig ist der nach Abzug beihilfefähiger Aufwendungen verbleibende Betrag, jedoch nicht mehr als 100 €. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien. Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.</p> <p>PRIMO-B30: Brillen und Kontaktlinsen: erstattungsfähig sind zu 100% (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 EUR für eine Sehhilfe.</p> <p>PRIMO-B120: Brillen und Kontaktlinsen: erstattungsfähig sind zu 100% (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 EUR für eine Sehhilfe.</p>	<p>Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen): ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR, bis zum 15. Lebensjahr je Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 EUR je Kalenderjahr.</p>

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Sehhilfen - sind Sehhilfen mind. alle 24 Monate erstattungsfähig?				
P30: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig. P20: Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	BA501-50: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattungsfähig. BEZ1plus: Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen) sind bis zu einem Höchstbetrag von 125 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.	726: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei einer Sehschärfenänderung um mind. 0,5 Dioptrien erstattungsfähig. 936: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei einer Sehschärfenänderung um mind. 0,5 Dioptrien erstattungsfähig. 939: Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei einer Sehschärfenänderung um mind. 0,5 Dioptrien erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mind. 0,5 Dioptrien. PRIMO-B120: Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mind. 0,5 Dioptrien.	Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen): ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren, bis zum 15. Lebensjahr je Kalenderjahr 1 mal je Kalenderjahr.
Psychotherapie - erstattungsfähig?				
Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.	Die Leistung ist vorhanden.
Psychotherapie - auch ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig?				
P30: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. P20: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	936: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. 939: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. PRIMO-B120: Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	Psychotherapie ist ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Psychotherapie - im Delegationsverfahren erstattungsfähig?				
<p>P30: Bis zu 20 durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Im vorgenannten Rahmen werden auch durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete psychotherapeutische Behandlungen erstattet.</p> <p>P20: Bis zu 20 durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Im vorgenannten Rahmen werden auch durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete psychotherapeutische Behandlungen erstattet.</p>	<p>Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</p> <p>Hinweis: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren nicht erstattungsfähig.</p>	<p>936: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig. Ärzten gemäß § 4 Teil I Abs. 2 gleichgestellt sind in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten. Dies gilt entsprechend für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.</p> <p>939: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig. Ärzten gemäß § 4 Teil I Abs. 2 gleichgestellt sind in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten. Dies gilt entsprechend für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.</p>	<p>PRIMO-B30: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig, jedoch nur nach vorheriger schriftl. Zusage durch den Versicherer.</p> <p>PRIMO-B120: Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig, jedoch nur nach vorheriger schriftl. Zusage durch den Versicherer.</p>	<p>Psychotherapie ist auch im Delegationsverfahren erstattungsfähig (psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).</p>
Psychotherapie - keine pauschalen Einschränkungen?				
<p>P30: Keine unüblichen Einschränkungen.</p> <p>P20: Keine unüblichen Einschränkungen.</p>	Keine unüblichen Einschränkungen.	<p>936: Keine unüblichen Einschränkungen.</p> <p>939: Keine unüblichen Einschränkungen.</p>	Keine Leistung vorhanden. Hinweis: PRIMO-B30: 20% Selbstbeteiligung bei Psychotherapie.	Keine unüblichen Einschränkungen.

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Psychotherapie - wieviele Sitzungen sind pro Jahr erstattungsfähig?				
<p>P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p> <p>P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p> <p>Hinweis: P30: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.</p> <p>P20: Psychotherapie ist bis zu 20 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus gehende Behandlungen werden mit dem halben Erstattungssatz dieses Tarif erstattet.</p>	<p>Psychotherapie ist bis zu 30 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p>	<p>936: Psychotherapie ist bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p> <p>939: Psychotherapie ist bis zu 50 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig.</p>	<p>PRIMO-B30: Ohne vorherige Genehmigung sind 30 psychotherapeutische Sitzungen pro Kalenderjahr zu 80% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.</p> <p>PRIMO-B120: Ohne vorherige Genehmigung sind 30 psychotherapeutische Sitzungen pro Kalenderjahr zu 80% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig.</p>	<p>Psychotherapie ist bis zu 30 psychotherapeutische Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus nur nach vorheriger Zusage des Versicherers. Ab der 31. Sitzung 20% Selbstbeteiligung.</p>
Ambulante Krankentransport erstattungsfähig?				
<p>P30: Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.</p> <p>P20: Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.</p>	<p>Erstattet werden Transporte in Notfällen bis zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus.</p>	<p>936: Erstattungsfähig sind Transporte zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit sie medizinisch notwendig sind und ärztlich bescheinigt werden.</p> <p>939: Erstattungsfähig sind Transporte zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit sie medizinisch notwendig sind und ärztlich bescheinigt werden.</p>	<p>PRIMO-B30: Erstattungsfähig sind Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt sowie Fahrten bei Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.</p> <p>PRIMO-B120: Erstattungsfähig sind Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt sowie Fahrten bei Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.</p>	<p>Erstattungsfähig sind Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p>

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Sind Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialysebehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit erstattungsfähig?				
Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nur bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.	936: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) erstattungsfähig. 939: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig. PRIMO-B120: Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.
Arznei-/Verbandmittel - ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig?				
P30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. P20: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	936: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig (sofern das Primärarztprinzip eingehalten wird). 939: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig (sofern das Primärarztprinzip eingehalten wird).	PRIMO-B30: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. PRIMO-B120: Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	Arznei-/Verbandmittel sind nach Abzug einer Selbstbeteiligung in Höhe von 20% erstattungsfähig. Die Selbstbeteiligung gilt max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 1.000,- € p.a.. Hinweis: Arznei-/Verbandmittel sind nach Abzug einer Selbstbeteiligung in Höhe von 20% erstattungsfähig. Die Selbstbeteiligung gilt max. bis zu einem Rechnungsbetrag i.H. von 1.000,- € p.a..

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Arznei-/Verbandmittel - sind Nahrungsmittel bei schweren Erkrankungen erstattungsfähig?				
<p>P30: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.</p> <p>P20: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.</p>	<p>Medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>936: Ja, Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungsmittel, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer - auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.</p> <p>939: Ja, Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungsmittel, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer - auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.</p>	<p>PRIMO-B30: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.</p> <p>PRIMO-B120: Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.</p>	<p>Nähr-, Stärkungs- und Desinfektionsmittel sowie kosmetische Mittel, Weine, Mineralwässer und Badezusätze gelten nicht als Arzneimittel. Die enterale Ernährung ist im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erstattungsfähig.</p>

Leistungspunkte Ambulant				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Allgemeines - wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet?				
Kein Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel. Keine Leistungspflicht besteht für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.	Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	936: Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort. 939: Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	PRIMO-B30: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person. PRIMO-B120: Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.

Leistungspunkte Stationär				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 1-Bettzimmer erstattungsfähig?				
Keine Leistung vorhanden.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind nicht erstattungsfähig.	Erstattungsfähig sind die Differenzkosten zwischen dem 1- und 2-Bettzimmer.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 1-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.
Krankenhaus - sind Mehrkosten für ein 2-Bettzimmer erstattungsfähig?				
P30: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig. P20: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	936: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig. 939: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	CG230: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig. CG320: Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.	Die Mehrkosten für die gesonderte Unterkunft im 2-Bett-Zimmer sind erstattungsfähig.
Krankenhaus - sind wahlärztliche Behandlungen erstattungsfähig?				
P30: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. P20: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	936: Gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig. 939: Gesondert berechnete wahlärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	CG230: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig. CG320: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.	VisB50-NT: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist nicht erstattungsfähig. BW2 50-NT: Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung (Chefarzt) ist erstattungsfähig.

Leistungspunkte Stationär				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
GOÄ stationär - leistet der Tarif bis zum Höchstsatz der GOÄ?				
<p>P30: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>P20: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p>	<p>Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p>	<p>936: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>939: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p>	<p>CG230: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>CG320: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>PRIMO-B30: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>PRIMO-B120: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p>	<p>VisB50-NT: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>BW2 50-NT: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p>
GOÄ stationär - leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ?				
<p>P30: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>P20: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>BE/S2: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p>	<p>Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p>	<p>Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p>	<p>CG230: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>CG320: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p> <p>BEa 50: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, soweit sie die Höchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte übersteigen.</p> <p>PRIMO-B30: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>PRIMO-B120: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p>	<p>VisB50-NT: Im stationären Bereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.</p> <p>BW2 50-NT: Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung vorhanden.</p>

Leistungspunkte Stationär				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTe-N
GOÄ stationär - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?				
Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	-	936: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). 939: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	PRIMO-B30: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen. PRIMO-B120: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen.	VisB50-NT: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). BW2 50-NT: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage (und ohne Summenbegrenzung) erstattungsfähig?				
Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	936: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig. 939: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.	Nein, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind nicht bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	VisB50-NT: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. BWE-N: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. BW2 50-NT: Ja, Anschlussreha/Anschlussheilbehandlungen sind bedingungsgemäß nach vorheriger Zusage erstattungsfähig.

Leistungspunkte Stationär				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen mind. bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) auch ohne vorherige Zusage ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?				
Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ggf. (nicht bedingungsgemäß!) nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Die Kosten für Anschlussheilbehandlungen sind in reinen Akutkrankenhäusern auch ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind nicht bei bestimmten Diagnosen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Ja, Anschlussheilbehandlungen in gemischten Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftl. Zusage bei bestimmten Erkrankungen (Herztransplantationen, Bypassoperationen, akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheibenoperationen, Gelenkersatzoperationen, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schweren Schädel-Hirnverletzungen, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen), erstattungsfähig, wenn diese innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.
Krankenhaus - sind Kosten für Anschlussheilbehandlungen auch ohne vorherige Zusage des Versicherers ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig?				
Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ggf. (nicht bedingungsgemäß!) nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind i.d. Regel nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Die Kosten für Anschlussheilbehandlungen sind in reinen Akutkrankenhäusern auch ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen in einer sog. "Gemischten Anstalt" sind nur nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig.	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ggf. (nicht bedingungsgemäß!) nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer erstattungsfähig. (Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Leistungsanspruch ggü. der gesetzl. Unfall- oder Rentenversicherung)	Nein, Anschlussheilbehandlungen sind ohne vorheriger schriftl. Zusage nur bei bestimmten Erkrankungen ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattungsfähig.

Leistungspunkte Stationär				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Krankenhaus - sind Krankentransporte ohne km-Grenze bis zum nächsten geeigneten KH erstattungsfähig?				
<p>P30: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>P20: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km, mindestens aber bis zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus.</p>	<p>936: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>939: Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>CG230: Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>CG320: Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>PRIMO-B30: Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p> <p>PRIMO-B120: Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>	<p>Der notwendige Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.</p>
Krankenhaus - ist ein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorgesehen?				
<p>P30: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 12,00 € gezahlt.</p> <p>P20: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag 8,00 € gezahlt.</p>	<p>Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer und Verzicht auf wahlärztliche Behandlung wird analog dem versichertem Erstattungssatz prozentual anteilig von 40,00 € pro Tag gezahlt.</p>	<p>936: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld anteilig analog des versicherten Prozentsatzes i.H. von 50,00 € (Kinder 25,00 €) pro Tag gezahlt.</p> <p>939: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld anteilig analog des versicherten Prozentsatzes i.H. von 50,00 € (Kinder 25,00 €) pro Tag gezahlt.</p>	<p>CG230: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden pro Tag 26,00 € gezahlt, bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung werden 13,00 € pro Tag gezahlt.</p> <p>CG320: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden pro Tag 26,00 € gezahlt, bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung werden 13,00 € pro Tag gezahlt.</p> <p>PRIMO-B30: Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.</p> <p>PRIMO-B120: Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.</p>	<p>VisB50-NT: Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.</p> <p>BW2 50-NT: Bei Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer werden prozentual (laut versichertem Erstattungssatz) von 22,50 € pro Tag gezahlt, bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung werden pro Tag prozentual von 38,25 €.</p>

Leistungspunkte Stationär				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Krankenhaus - verzichtet der VR auf die rechtz. Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes?				
Kein Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes.	Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	936: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. 939: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	CG230: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. CG320: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. PRIMO-B30: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. PRIMO-B120: Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	Ein planbarer Krankenhausaufenthalt ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn anzuzeigen. Planbar sind alle Aufenthalte, die nicht auf Grund eines Unfalls oder einer sonstigen akuten Behandlungsnotwendigkeit angetreten werden.

Leistungspunkte Stationär				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTe-N
Gemischte Krankenanstalten - beinhalten die Bedingungen eine kundenfreundlichere Regelung als die MB/KK?				
Gemischte Anstalten sind nur nach vorheriger schriftl. Zusage des VR erstattungsfähig.	Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.	936: Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen auch erbracht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird , weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder - ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden. 939: Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen auch erbracht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird , weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder - ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden.	CG230: Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern. CG320: Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern. PRIMO-B30: Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern. PRIMO-B120: Ja, eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.	Gemischte Anstalten sind auch ohne vorheriger schriftl. Zusage des VR erstattungsfähig, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war o. abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert oder bis zu 30 Tage im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung aufgrund bestimmter Erkrankungen (Einschränkungen der AVB sind zu beachten).

Leistungspunkte Stationär				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Krankenhaus - ist stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen erstattungsfähig?				
<p>P30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p> <p>P20: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p>	<p>BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.</p> <p>BEZ1plus: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p> <p>Hinweis: BS501-50: Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.</p>	<p>936: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p> <p>939: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.</p>	<p>CG230: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p> <p>CG320: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p> <p>PRIMO-B30: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p> <p>PRIMO-B120: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p>	<p>VisB50-NT: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p> <p>BWE-N: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p> <p>BW2 50-NT: Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig</p>

Leistungspunkte Stationär				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Allgemeines - sind Entziehungsmassnahmen erstattungsfähig?				
Kosten für stationäre Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.	Kosten für stationäre Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahme werden nicht übernommen.	936: Es sind die Kosten für die erste stationäre Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahme seit Beginn der Versicherung 80 % der allgemeinen Krankenhausleistungen bis zur Dauer eines Aufenthaltes von 8 Wochen erstattungsfähig. Voraussetzung für eine Leistungserbringung ist die vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer. 939: Es sind die Kosten für die erste stationäre Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahme seit Beginn der Versicherung 80 % der allgemeinen Krankenhausleistungen bis zur Dauer eines Aufenthaltes von 8 Wochen erstattungsfähig. Voraussetzung für eine Leistungserbringung ist die vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer.	CG230: Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat. CG320: Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat. PRIMO-B30: Hat die versicherte Person keinen anderw. Anspruch auf Kostenerstattung/Sachleistung, werden bei der 1. stationären Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahme Kosten übernommen, wenn der VR dies vor Beginn der Maßnahme schriftl. zugesagt hat. PRIMO-B120: Hat die versicherte Person keinen anderw. Anspruch auf Kostenerstattung/Sachleistung, werden bei der 1. stationären Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahme Kosten übernommen, wenn der VR dies vor Beginn der Maßnahme schriftl. zugesagt hat.	Entziehungsmaßnahmen. Bei erstmaliger stationärer Entziehung beteiligen wir uns an den Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen, d.h. den Behandlungskosten, ohne Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer und ohne Inanspruchnahme eines Privatarztes, zu 80%.

Leistungspunkte Zahn				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Zahn - wie hoch wird Zahnbehandlung erstattet? (%)				
Z30: Zahnbehandlung ist zu 30% erstattungsfähig. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 30%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Zahnbehandlung ist zu 20% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.	936: Zahnbehandlung ist zu 30% erstattungsfähig. 939: Zahnbehandlung ist zu 20% erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Zahnbehandlung ist zu 30% erstattungsfähig. PRIMO-B120: Zahnbehandlung ist zu 20% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 50% erstattungsfähig.
Zahn - wie hoch wird Zahnersatz erstattet? (%)				
Z30: Zahnersatz ist zu 30% erstattungsfähig. P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 30%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig. P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig. Z20: Zahnersatz ist zu 20% erstattungsfähig.	BEZ1plus: Der Versicherer erstattet 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. BZ501-50: Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig.	726: Erstattungsfähig sind die nach Anrechnung der Beihilfe und der beihilfekonformen Krankenkostenversicherung verbleibenden Kosten für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien für Zahnersatz, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet (höchstens 10 % der Gesamtaufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, bis 5.000 EUR je versicherte Person und Versicherungsjahr). Der Höchstleistungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal des Kalenderjahres auf 75 % bzw. 50 % bzw. 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag nicht. 936: Zahnersatz ist zu 30% erstattungsfähig. 939: Zahnersatz ist zu 20% erstattungsfähig.	BEa 50: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten bei Zahnersatz bis zu den im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen genannten Preisen – zu 60% in Tarifstufe BEa - zu 40% in Tarifstufe BEb Es gelten nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge (ausgenommen Unfälle), aus denen die Leistung erbracht wird: insgesamt 1.000 € im 1. Kalenderjahr, 2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr, 3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr, 4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr, 5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr, 5.000 € jährlich ab dem 6. Kalenderjahr. PRIMO-B30: Zahnersatz ist zu 19% erstattungsfähig. PRIMO-B120: Zahnersatz ist zu 13% erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 50% erstattungsfähig.

Leistungspunkte Zahn				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Zahn - wie hoch wird Kieferorthopädie erstattet? (%)				
Z30: Kieferorthopädie ist zu 30% erstattungsfähig. Z20: Kieferorthopädie ist zu 20% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.	936: Kieferorthopädie ist zu 30% erstattungsfähig. 939: Kieferorthopädie ist zu 20% erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Kieferorthopädie ist zu 24% erstattungsfähig. PRIMO-B120: Kieferorthopädie ist zu 16% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 50% erstattungsfähig.
Zahn - ist Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig?				
Z30: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. Z20: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	936: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. 939: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig. PRIMO-B120: Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
GOZ Zahn - leistet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?				
Z30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. P20: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. Z20: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	936: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. 939: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	PRIMO-B30: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt. PRIMO-B120: Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.
GOZ Zahn - der Tarif auch über den Höchstsatz der GOZ?				
Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.	Im Zahnbereich ist die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

Leistungspunkte Zahn				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
GOZ Zahn - erstattet der Versicherer z.B. bei gezielten Behandlungen im Ausland die tariflichen Leistungen bis zu den dort üblichen Rechnungsbeträgen (nicht maximal wie in Deutschland)?				
Nein, der Versicherer verzichtet bei gezielter Behandlung im Ausland nicht auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	-	936: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). 939: Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).	PRIMO-B30: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen. PRIMO-B120: Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte). Gleiches gilt auch bei Notfällen.	Ja, der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte).
Zahn - ist kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden?				
Z30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P30: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. P20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Z20: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	936: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. 939: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.

Leistungspunkte Zahn				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Zahn - wie lange ist die Summenbegrenzung i.d. ersten Jahren?				
<p>Z30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.</p> <p>P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig.</p> <p>P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig.</p> <p>Z20: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.</p> <p>Hinweis: P30: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>P20: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p>	<p>Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.</p>	<p>936: In den ersten beiden Versicherungsjahren sind die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von je 2.000 EUR begrenzt.</p> <p>939: In den ersten beiden Versicherungsjahren sind die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von je 2.000 EUR begrenzt.</p>	<p>PRIMO-B30: Summenbegrenzung für Zahnbehandlung und Zahnersatz: 1.000 € im 1. Kalenderjahr, 2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr, 3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr, 4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr, 5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr, 5.000 € jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.</p> <p>PRIMO-B120: Summenbegrenzung für Zahnbehandlung und Zahnersatz: 1.000 € im 1. Kalenderjahr, 2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr, 3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr, 4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr, 5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr, 5.000 € jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.</p> <p>Hinweis: PRIMO-B30: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>PRIMO-B120: Die Summenbegrenzung im Zahnbereich ist gilt nicht nur in den ersten Jahren, sondern während der gesamten Vertragsdauer.</p>	<p>Summenbegrenzung für Zahnersatz, Funktionsanalytik und Kieferorthopädie: 1.000 € in den ersten beiden Versicherungsjahren 2.000 € in den ersten vier Versicherungsjahren</p>
Zahn - entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?				
<p>Z30: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.</p> <p>P30: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 60,- € p.a. erstattungsfähig.</p> <p>P20: Zahnbehandlung u. Zahnersatz ist zu 20%, max. 40,- € p.a. erstattungsfähig.</p> <p>Z20: Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.</p>	<p>Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.</p>	<p>936: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p> <p>939: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p>	<p>PRIMO-B30: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p> <p>PRIMO-B120: Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.</p>	<p>Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.</p>

Leistungspunkte Zahn				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Zahn - ist die Vorlage eines Heil- u. Kostenplan nicht zwingend vorgeschrieben?				
Z30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben. P30: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben. P20: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben. Z20: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls der zu erwartende Gesamtbetrag 3.000,— Euro übersteigt. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplanes werden die über 3.000,— Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.	936: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch empfohlen. 939: Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch empfohlen.	Ein Heil- und Kostenplan ist bei Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag in Höhe von 2.500,- € erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung der über 2.500,- € hinausgehenden Kosten um 50%. Bei Implantaten ist generell ein Heil- u. Kostenplan erforderlich, sonst Kürzung der Erstattung um 50%.	Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist ein Heil- und Kostenplan erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung um 50%.
Zahn - sind Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen erstattungsfähig?				
Z30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. P30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. P20: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. Z20: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	936: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. 939: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	PRIMO-B30: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig. PRIMO-B120: Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	Wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt wird, zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind; zur Versorgung einer Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen, zur Fixierung einer Totalprothese. Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate). In besonderen Fällen max. 4 Implantate pro Kiefer.

Leistungspunkte Zahn				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
Zahn - werden Inlays wie Zahnbehandlung erstattet?				
Z30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. P30: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. P20: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. Z20: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	936: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. 939: Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.

Leistungspunkte Krankenhaustagegeld				
Debeka P20 P30 Z20 Z30 BE/S2 PVB TK	Huk-Coburg BA501-50 BS501-50 BZ501-50 BEZ1plus PVB KHT-B	Münchener Verein 936 939 726 PVB 795	Hallesche PRIMO-B120 PRIMO-B30 BEa 50 CG230 CG320 CSD URZ PVB KH	AXA - DBV VisB50-NT BW2 50-NT BWE-N PVB KHTE-N
max. versicherbarer Tagessatz				
Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: TK: Maximal versicherbarer Tagessatz: 200,- €	-	-	-	Maximaler Tagessatz: 100 € (In einigen Fällen auch weniger, z.B. bei nicht Erwerbstätigen)
Mindestvertragsdauer				
-	-	-	-	-

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte

Folgende Leistungspunkte / Bedingungsmerkmale wurden vom Kunden nicht gewünscht:

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Ambulant	
GOÄ ambulant: mind. bis Höchstsatz	GOÄ ambulant: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOÄ
SB max. ... € p.a.	SB nur ambulant
SB für Kinder reduziert	Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbehalt
Kein Hausarzt-/Primärarztprinzip gewünscht	Kein HAP bei Akutversorgung im Ausland
Kein HAP für Not- und Bereitschaftsärzte	Keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung
Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung HAP	Heilpraktiker mind. xx % Erstattung
Heilpraktiker mind. xx € Erstattung p.a.	Hufeland/alternative Heilmethoden erstattungsfähig
Heilpraktiker mind. bis Höchstsatz Gebüh.	Sehhilfen Erstattung mind. €
Hilfsmittel - Erstattung in %	Hilfsmittel - max. Selbstbeteiligung p.a. €
offener Hilfsmittelkatalog	Heilmittel - Erstattung in %
Heilmittel - max. Selbstbeteiligung p.a. €	Nährmittel bei schweren Erkrankungen
Psychotherapie im Delegationsverfahren	mindestens ... psychotherap. Sitzungen p.a.

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Stationär	
1-Bett-Zimmer	GOÄ stationär: mind. bis Höchstsatz
GOÄ Stationär: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOÄ	Anschlussheilbehandlung bedingungsgemäß nach Zusage versichert
Anschlussheilbehandlung diagnosebeschränkt ohne vorh. Zusage & unbegrenzt €	Anschlussheilbehandlung generell ohne vorherige Zusage & unbegrenzt €

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Zahn	
Zahnbehandlung mind. %	Zahnersatz mind. %
Kieferorthopädie mind. %	Zahn: Kein Preis-/Leistungsverzeichnis
Zahn: Summenbegrenzung max. ... Jahre	Zahn: Summenbegrenzung entfällt bei Unfall
Zahn: Heil- u. Kostenplan nicht erforderlich	GOZ Zahn: mind. bis Höchstsatz
GOZ Zahn: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOZ	

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Allgemein	
Beitragsrückerstattung garantiert	Beitragsrückerstattung mind. ... MB im 1. VJ
Wartezeiten - genereller Verzicht	Optionsrecht auf Höherversicherung
Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung	Verzicht bzw. verbesserte Regelung der Kriegsklausel §5 1)a MB/KK
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung vertraglich geregelt	Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Allgemein	
Rücktransport aus dem Ausland	Volle tarifl. Leistung bei vorübergeh. Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa
Volle tarifl. Leistung bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa	Verlegung Wohnsitz ins außereuropäische Ausland möglich
Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre	Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre
Fragezeitraum stationäre Aufenthalte: max. 5 Jahre	fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne
Kinder alleine versicherbar ab Alter	

Nicht berücksichtigte Leistungspunkte Krankenhaustagegeld	
max. versicherbarer Tagessatz	Mindestvertragsdauer

Es wurden außerdem folgende Tarifarten ausdrücklich nicht gewünscht:

Nicht berücksichtigte Leistungen der Tarifarten
Krankentagegeld
Pflegekosten
Pflegetagegeld
Kur