

Wesentliche Merkmale des Tarifs PRIMO B

Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- Kostenerstattung für Naturheilverfahren durch Ärzte gemäß tariflicher Aufzählung
- 100% Kostenerstattung für Vorsorgeuntersuchung nach gesetzlich eingeführten Programmen
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Strahlen-Diagnostik und -Therapie
- 80% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- 80% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel bis 2.000 € darüber hinaus 100%
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 100 €
- 80% Kostenerstattung für Hilfsmittel gemäß dem tariflichen Hilfsmittelverzeichnis
- tarifliche Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- 80% Kostenerstattung für Psychotherapie für 30 Sitzungen/Kalenderjahr
- 80% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung bis 1.000 €

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung mit Rechnungshöchstbeträgen
- 65% Kostenerstattung für Zahnersatz mit Rechnungshöchstbeträgen
- 80% Kostenerstattung für kieferorthopädische Maßnahmen mit Rechnungshöchstbeträgen

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für belegärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Erstattungshöhe

- entsprechend der gewählten Tarifstufe (z.B. 50% in Tarifstufe PRIMO B 50)

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung
- Wahlleistungen im Krankenhaus

Tarif PRIMO B

Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Januar 2011

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherten wohnenden Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Sinne einer Beihilfeverordnung.

Die Versicherung nach Tarif PRIMO B endet mit Ende des Monats, in dem der Beihilfeanspruch wegfällt (Weiterversicherung siehe unten Abschnitt IV. des Tarifs und Tarifbedingung Nummer 3 zu § 2 MB/KK 2009).

Nach der Tarifstufenkombination PRIMO B 30 + PRIMO B 120 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30% durch Umstellung auf die Tarifstufe PRIMO B 30. Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe PRIMO B 30 nach Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles ein Tarifwechsel in die Tarifstufe PRIMO

B 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Sollte bereits vor Eintritt des Versorgungsfalles bekannt sein, dass auch im Versorgungsfall der Beihilfebemessungssatz nur 50% beträgt, ist zu diesem Zeitpunkt bereits anstelle des Versicherungsschutzes nach der Tarifstufenkombination PRIMO B 30 + PRIMO B 120 die Tarifstufe PRIMO B 50 zu wählen.

II. Höhe der Erstattung

Es wird empfohlen, Kostenbelege erst ab einer Höhe von 250 € einzureichen.

Die gemäß Abschnitt III. erstattungsfähigen tariflichen Aufwendungen werden gemäß der versicherten Prozentstufe anteilig erstattet:

- PRIMO B 50 zu 50%
- PRIMO B 30 zu 30%
- PRIMO B 20 zu 20%
- PRIMO B 120 zu 20%

III. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

Ärztliche Leistungen sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) maximal bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang I) erstattungsfähig.

1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören:

Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen, Wegegebühren, Operationen sowie Hebammenhilfe.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung – auch bei stationärer Behandlung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100% erstattungsfähig.

1.2 Naturheilverfahren

Außerdem besteht Versicherungsschutz für folgende Naturheilverfahren durch Ärzte:

- Hydro- und Balneotherapie (Bäder, Güsse, Druckstrahlmassagen, Wickel, Packungen und Dämpfe)
- Kälte- und Wärmetherapie
- Bewegungstherapie
- Atemtherapie
- Bluteigelbehandlung
- Schröpfen
- Präparate der Phytotherapie
- Chirotherapie
- Präparate der Anthroposophie
- Klassische Homöopathie
- Akupunktur zur Schmerzbehandlung

Soweit es sich dabei um

- ärztliche Leistungen handelt, sind diese gemäß Abschnitt III.1.1
- Heilmittel handelt, sind diese gemäß Abschnitt III.1.6
- Arzneimittel handelt, sind diese gemäß Abschnitt III.1.7 erstattungsfähig.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100% erstattungsfähig.

1.4 Fahrten und Transporte

Erstattungsfähig sind Notfalltransporte bis zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt sowie Fahrten bei Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100% erstattungsfähig.

1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100% erstattungsfähig.

1.6 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

Inhalationen, Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Massagen, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind bis zu den Höchstsätzen der Bundesbeihilfe zu 80% erstattungsfähig.

1.7 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen je Person und Kalenderjahr bis zur Höhe von 2.000 € zu 80%, der 2.000 € übersteigende Teil zu 100%.

Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr- und Stärkungsmittel (mit Ausnahme der in § 4 Teil II Abs. 5 der AVB beschriebenen medikamentenähnlichen Nährmittel), Haarwuchsmittel, Abmagerungspräparate, Hormonpräparate im Rahmen von Anti-Aging-Maßnahmen, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, reine Mineralwässer, Badezusätze und Ähnliches, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

1.8 Schutzimpfungen

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.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen (Beratung, Verordnung und Impfung) sind zu 100% erstattungsfähig.

Die Kosten des Impfstoffes werden als Arzneimittel gemäß Abschnitt III.1.7 erstattet.

1.9 Hilfsmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Hilfsmittel:

- Bandagen,
- Bruchbänder,
- Elektronische Kehlköpfe,
- Gummi- und Kompressionsstrümpfe,
- Geh- und Stützapparate (einschließlich Liegeschalen),
- Hörgeräte – erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € je Hörgerät; ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug eines Hörgerätes entsteht frühestens nach 5 Jahren seit dem letzten Bezug,
- Kunstaugen,
- Krankenfahrstühle – erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 €
- orthopädische Schuhe – erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 250 €
- orthopädische Schuheinlagen,
- orthopädische Leibbinden,

- Prothesen – erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Brustprothesen, für Armprothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 3.500 € für Unterschenkelprothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 3.500 € für Oberschenkelprothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.000 €
- Stoma-Versorgungsartikel,
- lebenserhaltende Hilfsmittel (z.B. Miete und Sachkosten für ein Heimdialysegerät, Miete eines Atem-/Herzfrequenzmonitors, Miete von Sauerstoffkonzentratoren, Herzschrittmacher).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 80% erstattungsfähig. Bei Hilfsmitteln kommt es durch erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge bzw. den erstattungsfähigen Prozentsatz zu Selbsthalten. Auch ist bei einigen Hilfsmitteln die Miete vorteilhafter als der Kauf. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem Rechnungsbetrag von 350 € dem Versicherer vor Bezug eines Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen – er bietet Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung. Kann der Versicherer in diesem Fall das Hilfsmittel beschaffen (Leihgeräte oder Kauf über seine Partner) und wird es über ihn bezogen, sind die dafür entstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zu 90% erstattungsfähig.

- Sehhilfen (Brille oder Kontaktlinsen)

Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 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.

1.10 Psychotherapie

Pro Kalenderjahr sind 30 Sitzungen zu 80% erstattungsfähig.

1.11 Kurbehandlung

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium sowie bei einer stationären Kur, sind Aufwendungen gemäß Abschnitt III.1.1 bis 1.10 erstattungsfähig.

1.12 Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker

Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen in Anspruch genommen werden. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH – Stand 1985) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie Arznei- und Verbandmittel.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 € pro Kalenderjahr zu 80% erstattungsfähig.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Betrag von 1.000 € für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der jeweilige Höchstbetrag nicht.

2. Zahnleistungen

Zahnärztliche Leistungen sind im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ) maximal bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang 1) erstattungsfähig.

Zahntechnische Leistungen gemäß Anhang 3 (Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen) sind bis zu den dort genannten Preisen erstattungsfähig.

2.1 Zahnbehandlung

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Parodontosebehandlung sowie Untersuchungen und Beratungen.

Erstattungsfähig sind 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen (vgl. auch Abschnitt III.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

2.2 Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Prothesen, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens) und Inlays (Metall/Keramik/Kunststoff) sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz anfallen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 65% erstattungsfähig (vgl. auch Abschnitt III.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € (einschließlich der Leistungen der Beihilfe) übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlages des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung.

2.3 Kieferorthopädische Maßnahmen

Als kieferorthopädische Maßnahmen gelten auch funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit kieferorthopädischen Maßnahmen anfallen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 80% erstattungsfähig (vgl. auch Abschnitt III.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

Bei kieferorthopädischen Maßnahmen ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen.

2.4 Rechnungshöchstbeträge

Für Leistungen nach Abschnitt III.2.1 bis 2.3 gelten zusammen nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, 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.

Der jeweilige Rechnungshöchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen im jeweiligen Kalenderjahr bzw. den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen. Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die Leistungsabrechnung erfolgt stets in der Reihenfolge der Einreichung der Kostenbelege und der dort genannten Behandlungsdaten.

3. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung der Beleghebamme sowie des -entbindungspflegers.

Erstattungsfähig ist die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) maximal bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang 1). Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß III.2. erstattungsfähig.

b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, sind als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne privatärztliche Leistungen) und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers erstattungsfähig, die nach der Bundes-Beihilfeverordnung beihilfefähig sind.

3.2 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

IV. Besondere Bedingungen zur Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Erstattungsprozentsatz des Tarifs *PRIMO B* (siehe Abschnitt II.) darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100% nicht übersteigen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet schriftlich anzuzeigen.

In diesem Fall ändert der Versicherer – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß dem jeweiligen Tarif zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes eintritt.

Erlangt der Versicherer von der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes Kenntnis, ohne dass dieses der Versicherungsnehmer angezeigt hat, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsschutz zum nächstfolgenden Monatsende im Sinne von Satz 1 zu ändern.

Entfällt der Beihilfeanspruch, so ist eine Umstellung innerhalb der Produktlinie *PRIMOline* empfehlenswert.

V. Leistungsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I Nummer 1 bzw. § 8 b Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) können bei nicht nur vorübergehender Abweichung der tatsächlich erforderlichen von den rechnungsmäßig kalkulierten Leistungsauszahlungen die Beiträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung im Tarif *PRIMO B* auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge des Tarifs *PRIMO B* mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (siehe Anhang 4) und § 18 Teil I Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) auch berechtigt, die im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen genannten Leistungen und Höchstpreise mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen anzupassen.

VI. Anhang

Anhang 1

Höchstsätze der GOÄ sind derzeit der 3,5fache Satz für persönlich ärztliche Leistungen bzw. der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ. Höchstsatz der GOZ ist derzeit der 3,5fache Satz.

Anhang 2

(entfallen)

Anhang 3

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen
siehe Seite 6 – 9

Anhang 4

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Abs. 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Anhang 3 – Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

| | erstattungsfähig bis zu € | | erstattungsfähig bis zu € |
|--|------------------------------|---|------------------------------|
| Arbeitsvorbereitung | | Provisorium | |
| 101 | 5,71 | 301 | 28,59 |
| 102 | 8,87 | | |
| 103 | 5,61 | 302 | 18,80 |
| 104 | 20,19 | | |
| 105 | 8,87 | 303 | 34,68 |
| 106 | 7,89 | | |
| 107 | 18,36 | 304 | 4,08 |
| 108 | 15,50 | | |
| 109 | 15,50 | 305 | 28,56 |
| 110 | 15,50 | | |
| 111 | 15,50 | 306 | 40,80 |
| 112 | 8,22 | | |
| 113 | 8,87 | Kronen / Brücken / Inlays und Implantate | |
| 114 | 8,87 | 401 | 34,68 |
| 115 | 2,04 | 402 | 61,54 |
| 116 | 4,64 | 403 | 27,54 |
| 117 | 5,30 | 404 | 46,92 |
| 118 | 7,53 | 405 | 46,58 |
| 119 | 6,12 | 406 | 13,45 |
| 120 | 8,07 | 407 | 65,28 |
| 121 | 13,26 | 408 | 20,18 |
| 122 | 13,26 | 409 | 13,45 |
| 123 | 12,24 | 410 | 13,45 |
| 124 | 22,44 | 411 | 61,54 |
| 125 | 8,16 | | |
| 126 | 10,20 | 412 | 69,43 |
| 127 | 8,16 | | |
| 128 | 17,34 | 413 | 69,43 |
| 129 | 9,18 | | |
| 130 | 15,30 | 414 | 61,54 |
| 131 | 5,10 | | |
| 132 | 6,12 | 415 | 69,43 |
| 133 | 25,50 | 416 | 66,30 |
| 134 | 10,20 | | |
| 135 | 15,30 | 417 | 61,54 |
| 136 | 5,61 | | |
| 137 | 8,16 | 418 | 51,00 |
| 138 | 2,65 | | |
| 139 | 4,08 | 419 | 61,20 |
| 140 | 3,88 | 420 | 125,46 |
| 141 | 8,16 | 421 | 90,46 |
| 142 | 8,16 | 422 | 72,33 |
| 143 | 3,06 | | |
| 144 | 5,10 | 423 | 132,20 |
| 145 | 3,06 | 424 | 115,90 |
| 146 | 22,44 | | |
| Herstellung individueller Hilfsmittel | | 425 | 64,87 |
| 201 | 9,42 | | |
| 202 | 9,42 | 426 | 100,91 |
| 203 | 19,41 | | |
| 204 | 19,41 | 427 | 47,09 |
| 205 | 19,41 | | |
| 206 | 19,41 | 428 | 32,13 |
| 207 | 19,41 | | |
| 208 | 19,41 | 429 | 92,82 |
| 209 | 5,50 | | |
| 210 | 22,20 | 430 | 8,16 |
| 211 | 13,26 | Inlays Gold | |
| 212 | 6,02 | 431 | 48,96 |
| 213 | 18,36 | 432 | 67,32 |
| | | 433 | 79,56 |
| | | 434 | 79,56 |
| | | 435 | 79,56 |
| | | 436 | 61,20 |

| | erstattungsfähig bis zu € |
|---|--------------------------------------|
| 437 Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig | 69,36 |
| 438 Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig | 80,58 |
| 439 Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig | 85,68 |
| 440 Inlaygerüst zur Verblendung einflächig | 48,96 |
| 441 Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig | 59,16 |
| 442 Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig | 69,36 |
| 443 Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig | 74,46 |
| Inlays Kunststoff (keine Provisorien) | |
| 444 Inlay aus Kunststoff einflächig | 38,76 |
| 445 Inlay aus Kunststoff zweiflächig | 51,00 |
| 446 Inlay aus Kunststoff dreiflächig | 65,28 |
| 447 Inlay aus Kunststoff mehrflächig | 69,36 |
| 448 Onlay aus Kunststoff | 69,36 |
| Inlays Keramik (frei geschichtet) | |
| 449 Keramikinlay einflächig | 90,78 |
| 450 Keramikinlay zweiflächig | 93,84 |
| 451 Keramikinlay dreiflächig | 96,90 |
| 452 Keramikinlay mehrflächig | 107,10 |
| 453 Teilkrone / Onlay / Keramik | 96,90 |
| Inlay Presskeramik (z.B. Empress oder Cercon) | |
| 454 Inlay aus Presskeramik einflächig | 80,31 |
| 455 Inlay aus Presskeramik zweiflächig | 82,10 |
| 456 Inlay aus Presskeramik dreiflächig | 87,49 |
| 457 Inlay aus Presskeramik mehrflächig | 90,46 |
| 458 Onlay aus Presskeramik | 90,46 |
| Inlay aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) | |
| 459 Inlay aus Keramik gefräst einflächig | 111,39 |
| 460 Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig | 113,27 |
| 461 Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig | 115,79 |
| 462 Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig | 120,90 |
| 463 Onlay aus Keramik gefräst | 120,90 |
| Implantate | |
| 464 Ein Implantat als Basis einer Einzelkrone, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: - 1 x Parallelbohrschablone für Implantat - 1 x Röntgenkugel positionieren - 1 x Implantatkontrollschablone - 1 x Modellimplantat repositionieren - 1 x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben - 1 x Verlängerungshülse für Implantat - 1 x Bearbeiten eines Implantatkopfes - 1 x Drehsicherungsstopp bei Implantaten - 1 x Verschraubung Implantat - 1 x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat - 1 x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat | 251,07 |
| 465 Zwei Implantate als Basis einer anzufertigenden Deckprothese, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: - 1 x Parallelbohrschablone für Implantat - 2 x Röntgenkugel positionieren - 1 x Implantatkontrollschablone - 2 x Modellimplantat repositionieren - 2 x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben - 2 x Verlängerungshülse für Implantat - 2 x Bearbeiten eines Implantatkopfes - 2 x Drehsicherungsstopp bei Implantaten - 2 x Verschraubung Implantat - 2 x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat - 2 x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat - 2 x Lötfreie Verbindung Primärteil | 448,81 |

| | erstattungsfähig bis zu € |
|---|--------------------------------------|
| Integrale nicht zusätzlich abrechenbare Begleitleistungen der Positionen 464 und 465: | |
| - Modellimplantat repositionieren | |
| - Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben | |
| - Verlängerungshülse für Implantat | |
| - Parallelbohrschablone für Implantat | |
| - Implantatkontrollschablone | |
| - Röntgenkugel positionieren | |
| - Bearbeiten eines Implantatkopfes | |
| - Drehsicherungsstopp bei Implantaten | |
| - Verschraubung Implantat | |
| - Metallverbindung Primärteile | |
| - Stegfräsung | |
| - Steggeschiebe + Begleitleistung | |
| - Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat | |
| - Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat | |
| - Lötfreie Verbindung Primärteil | |
| 466 Basis aus Kunststoff auf Implantat | 30,60 |
| 467 Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen | 73,44 |
| 468 Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen | 56,10 |
| 469 Magnetpaar einarbeiten | 48,96 |
| Teleskope / Geschiebe / Stege / Riegel | |
| 501 Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär | 84,71 |
| 502 Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär | 94,00 |
| 503 Umlaufende Fräsung | 30,40 |
| 504 Individuelles Geschiebe primär | 77,50 |
| 505 Individuelles Geschiebe sekundär | 80,15 |
| 506 Geschiebefräsung | 29,19 |
| 507 Grundeinheit Individueller Steg / Primär- und Sekundärteil | 82,09 |
| 508 Individueller Steg Längeneinheit | 8,16 |
| 509 Steggeschiebe individuell / Primär- und Sekundärteil | 64,05 |
| 510 Steggeschiebe individuell an Basis | 34,68 |
| 511 Steg abknicken | 7,14 |
| 512 Stegfräsung | 18,36 |
| 513 Konfektionssteg | 53,53 |
| 514 Konfektionssteg Längeneinheit | 3,06 |
| 515 Konfektionsstegglasche an Basis | 18,36 |
| 516 Konfektionssteggeschiebe an Basis | 34,68 |
| 517 Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil | 18,36 |
| 518 Stift im Inlay zum Pinledge | 15,30 |
| 519 Drehriegel, Schwenkriegel individuell, inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung | 160,98 |
| 520 Wiederherstellung Drehriegel / Schwenkriegel individuell | 107,30 |
| 521 Konfektionsriegel primär | 34,66 |
| 522 Konfektionsriegel sekundär | 71,20 |
| 523 Konfektionsgeschiebe primär | 34,66 |
| 524 Konfektionsgeschiebe sekundär | 71,20 |
| 525 Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe | 77,50 |
| 526 Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär | 80,15 |
| 527 Rillen-Schulter-Fräsung | 29,19 |
| 528 Umlaufaste für Schubverteilungsarm | 53,82 |
| 529 Schubverteilungsarm | 54,49 |
| 530 Teilfräsung | 18,36 |
| 531 Lager für Ankerbandklammer | 77,50 |
| 532 Ankerbandklammer sekundär | 80,15 |
| 533 Lager für Raste | 8,16 |

| | erstattungsfähig bis zu € |
|---|--------------------------------------|
| 534 Raste in Lager | 6,12 |
| 535 Bohrung und Fräsung für Friktionsstift / Schraube / Bolzen | 8,16 |
| 536 Einarbeiten Friktionsstift / Schraube / Bolzen | 41,99 |
| Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen | |
| 601 Metallverbindung nach keramischem Brand / inklusive Lötmodell | 24,90 |
| 602 Lötfreie Verbindungen / Primärteil je Einheit | 5,61 |
| 603 Lötfreie Verbindungen / Sekundärteil je Einheit | 9,18 |
| 604 Laserschweißen je Kiefer | 14,28 |
| 605 Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen | 8,16 |
| 606 Lötung 2 / 3: mit / ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen | 14,28 |
| Veneers / Verblendungen / Zahnfleisch | |
| 701 Verblendung Kunststoff, bis Zahn 6*, Teil- oder Vollverblendung | 46,77 |
| 702 Verblendung Keramik, bis Zahn 6*, Teil- oder Vollverblendung | 78,57 |
| 703 Zahnfleisch / Wurzelpontik aus Kunststoff, bis Zahn 6* | 13,89 |
| 704 Zahnfleisch / Wurzelpontik aus Keramik, bis Zahn 6* | 30,28 |
| 705 Mehraufwand Rohbrandeinprobe je Kiefer | 8,16 |
| 706 Keramikschiene, bis Zahn 6* | 22,44 |
| 707 Sphärischer Kontakt | 4,08 |
| 708 Glasieren je Einheit | 5,10 |
| 709 Individuelles Charakterisieren Keramik, bis Zahn 6* | 20,40 |
| 710 Farbgebung durch Bemalen je Kiefer | 71,40 |
| 711 Individuelles Charakterisieren Kunststoff, bis Zahn 6* | 15,30 |
| 712 Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Keramik | 14,28 |
| 713 Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Keramik, bis Zahn 6* | 24,99 |
| 714 Verblendschale aus Kunststoff | 56,10 |
| 715 Verblendschale aus Keramik | 114,24 |
| 716 Verblendschale aus Presskeramik | 98,15 |
| 717 Verblendschale aus Keramik gefräst | 119,23 |
| Metallbasen und gegossene Klammern | |
| 801 Metallbasis / OK oder UK / Totale sowie Partielle | 122,11 |
| 802 Einarmige Klammer | 10,53 |
| 803 Inlayklammer | 8,75 |
| 804 Fortlaufende Klammer je Zahn | 10,53 |
| 805 Bonyhardklammer (J-Klammer) | 10,53 |
| 806 Krallen | 10,53 |
| 807 Ney-Stiel | 10,53 |
| 808 Auflage | 10,53 |
| 809 Umgehungsbügel bei Diastema | 10,53 |
| 810 Zweiarmige Klammer | 20,04 |
| 811 Approximalklammer | 20,04 |
| 812 Ringklammer | 20,04 |
| 813 Rücklaufklammer | 20,04 |
| 814 Gegenlager | 20,04 |
| 815 Zwei Zähne umfassende Doppelbogenklammer | 20,04 |
| 816 Zweiarmige Klammer mit Auflage(n) | 29,66 |
| 817 Approximalklammer mit Auflage(n) | 29,66 |
| 818 Ringklammer mit Auflage(n) | 29,66 |
| 819 Rücklaufklammer mit Auflage(n) | 29,66 |
| 820 Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager | 29,66 |
| 821 Überwurfklammer mit Auflage(n) | 29,66 |

| | erstattungsfähig bis zu € |
|---|--------------------------------------|
| 822 Bonwillklammer | 39,82 |
| 823 Rückenschutzplatte | 37,67 |
| 824 Metallzahn | 37,67 |
| 825 Metallkaufläche | 37,67 |
| 826 Lösungsknopf für Friktionsprothese / max. 2 je Kiefer | 15,24 |
| 827 Unterfütterbarer Abschlussrand | 18,15 |
| 828 Zuschlag für einzeln gegossene Klammer(n) | 20,68 |
| 829 Kragefassung | 8,16 |
| 830 Modellgussteil konditionieren / je Kiefer | 12,24 |
| 831 Metallfläche konditionieren / je Einheit | 8,16 |
| Auf- und Fertigstellung / gebogene Klammern / Schienen | |
| 901 Aufstellung Grundeinheit je Kiefer | 32,27 |
| 902 Aufstellung Wachsbasis je Zahn | 1,81 |
| 903 Aufstellung auf Metallbasis je Zahn | 2,69 |
| 904 Übertragung einer Aufstellung je Zahn | 1,88 |
| 905 Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit | 44,89 |
| 906 Fertigstellung einer Prothese je Zahn | 3,33 |
| 907 Einarmige Klammer | 8,07 |
| 908 Inlayklammer | 8,07 |
| 909 Interdental-Knopfklammer | 8,07 |
| 910 Approximalklammer | 8,07 |
| 911 Auflage (nicht Krallen) | 8,07 |
| 912 Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager | 8,07 |
| 913 Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage | 14,89 |
| 914 Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager | 14,89 |
| 915 Überwurfklammer | 14,89 |
| 916 Doppelbogenklammer (zwei Zähne) | 14,89 |
| 917 Basis aus Weichkunststoff | 52,05 |
| 918 Sonderkunststoff/je Kiefer | 52,05 |
| 919 Herstellung eines Zahnes aus zahnfarb. Kunststoff | 32,65 |
| 920 Remontage Prothese | 20,40 |
| 921 Selektives Einschleifen | 31,62 |
| 922 Reokkludieren einer Prothese | 4,59 |
| 923 Zahnfleischklammer | 10,20 |
| 924 Pelottenklammer | 18,36 |
| 925 Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten | 36,72 |
| 926 Individuelle Beschwerungseinlage einarbeiten | 15,30 |
| 927 Saugkammer einarbeiten | 4,08 |
| 928 Individuelles Charakterisieren, Konfektionszahn Kunststoff, bis Zahn 6* | 18,36 |
| 929 Individuelles Charakterisieren, Konfektionszahn Keramik, bis Zahn 6* | 18,36 |
| 930 Aufbisschiene | 104,27 |
| 931 Knirscherschiene | 104,27 |
| 932 Bissführungsplatte / komplett | 104,27 |
| 933 Miniplastschiene | 61,89 |
| 934 Retentionsschiene | 61,89 |
| 935 Verband- oder Verschlussplatte | 61,89 |
| 936 Umarbeiten einer Prothese, Aufbissbehelf | 43,05 |
| 937 Festsitz. Schiene adjustierbar je Zahn | 9,49 |
| 938 Abnehmbare Dauerschienen / Metall, adjustiert | 154,05 |
| 939 Medikamententrägerschiene | 66,30 |
| 940 Schienungskappe aus Kunststoff | 17,34 |
| 941 Obturator aus Kunststoff | 93,84 |
| 942 Resektionskloß aus Kunststoff | 57,12 |
| 943 Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit | 102,00 |
| 944 Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn | 10,20 |

| | | erstattungsfähig bis zu € |
|---------------------------------------|--|------------------------------|
| Kieferorthopädie / Reparaturen | | |
| 1001 | Basis für Einzelkiefergerät | 47,78 |
| 1002 | Basis für bimaxilläres Gerät | 100,91 |
| 1003 | Schiefe Ebene / je Kiefer | 39,66 |
| 1004 | Vorhofplatte | 53,02 |
| 1005 | Kinnkappe | 47,70 |
| 1006 | Aufbiss / je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet | 9,41 |
| 1007 | Abschirmelement | 16,24 |
| 1008 | Verarbeitung von Weichkunststoff | 27,58 |
| 1009 | Schraube einarbeiten | 14,25 |
| 1010 | Spezial-Schraube einarbeiten | 18,57 |
| 1011 | Trennen einer Basis | 5,88 |
| 1012 | Labialbogen | 18,20 |
| 1013 | Labialbogen modifiziert | 23,84 |
| 1014 | Labialbogen intermaxillär | 28,25 |
| 1015 | Feder, offen | 8,07 |
| 1016 | Feder, geschlossen | 10,27 |
| 1017 | Verbindungselement intramaxillär | 21,11 |
| 1018 | Verbindungs- oder Führungselemente intermaxillär | 23,54 |
| 1019 | Verankerungselement / Ankerband | 19,51 |
| 1020 | Einzelelement einarbeiten | 10,09 |
| 1021 | Metallverbindung | 14,13 |
| 1022 | Einarmiges Halte- / Abstützelement je Zahn | 8,75 |
| 1023 | Mehrmarmiges Halte- / Abstützelement je Zahn | 14,89 |
| 1024 | Grundeinheit für Instandsetzung KFO-Basis | 15,80 |
| 1025 | Dehn- und / oder Regulierungselement | 6,73 |
| 1026 | Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoff-Basis | 43,34 |
| 1027 | Facebow anpassen | 13,26 |
| 1028 | Häkchen | 10,20 |
| 1029 | Lingualbogen | 30,60 |
| 1030 | Palatinalbogen | 38,76 |
| 1031 | Positionier | 142,80 |
| 1032 | Druckfeder, Zugfeder | 15,30 |
| 1033 | Lückenhalter | 18,36 |
| Reparaturen Zahnersatz | | |
| 1034 | Grundeinheit für Instandsetzung Prothese | 17,67 |
| 1035 | Leistungseinheit Sprung | 7,79 |
| 1036 | Leistungseinheit Bruch | 7,79 |
| 1037 | Leistungseinheit Einarbeiten eines Zahnes | 7,79 |
| 1038 | Leistungseinheit Basisteil Kunststoff | 7,79 |
| 1039 | Leistungseinheit Halte- / Stützvorrichtung einarbeiten | 7,79 |
| 1040 | Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten | 7,79 |
| 1041 | Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen/wiederbefestigen | 7,79 |
| 1042 | Retention, gebogen | 41,71 |
| 1043 | Retention, gegossen | 51,13 |
| 1044 | Gegossenes Basisteil | 63,91 |
| 1045 | Metallverbindung b. Wiederherstellung / Erweiterung | 21,53 |
| 1046 | Teilunterfütterung einer Basis | 37,25 |
| 1047 | Vollständige Unterfütterung einer Basis | 51,97 |
| 1048 | Basis erneuern | 63,33 |
| 1049 | Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils | 13,50 |
| 1050 | Reparatur einer Krone oder Brückenglied | 33,78 |
| 1051 | Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese | 91,80 |
| 1052 | Instandsetzen Kunststoffverblendung, bis Zahn 6* | 15,78 |

| | | erstattungsfähig bis zu € |
|--------------------|--|------------------------------|
| 1053 | Instandsetzen Keramikverblendung, bis Zahn 6* | 15,79 |
| 1054 | Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe | 15,77 |
| 1055 | Versandkosten | 3,68 |
| Allgemeines | | |
| 2001 | Zahnfarbenbestimmung pro Patient | 10,20 |
| 2002 | Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit | 11,00 |

Hinweise:

Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen. Leistungen, die nicht in dieser Liste enthalten sind, sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

* Erläuterungen

FDI-Zahnschema

| Oberkiefer rechts | | | | | | | | Oberkiefer links | | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| WZ | BZ | BZ | BZ | BZ | EZ | SZ | SZ | SZ | SZ | EZ | BZ | BZ | BZ | BZ | WZ |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Unterkiefer rechts | | | | | | | | Unterkiefer links | | | | | | | |

Legende:

SZ = Schneidezahn
 EZ = Eckzahn
 BZ = Backenzahn
 WZ = Weisheitszahn
 Frontzahngebiet: Zähne 1-3
 Seitenzahngebiet: Zähne 4-8