

Wesentliche Merkmale des Tarifs PRIMO

Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung durch den Hausarzt oder nach Überweisung an einen Facharzt, sonst 75%
- 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 durch den Hausarzt oder nach Überweisung an einen Facharzt, sonst 75%
- 75% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- 75% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel bis 2.000 € darüber hinaus 100%
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 100 €
- 75% Kostenerstattung für Hilfsmittel gemäß dem tariflichen Hilfsmittelverzeichnis
- tarifliche Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- 75% Kostenerstattung für Psychotherapie für 30 Sitzungen/Kalenderjahr
- 75% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung bis 1.000 €

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung mit Rechnungshöchstbeträgen
- 75% Kostenerstattung für Zahnersatz in Tarifstufe PRIMO Z bzw. 65% Kostenerstattung in Tarifstufe PRIMO, mit Rechnungshöchstbeträgen
- 75% Kostenerstattung für kieferorthopädische Maßnahmen mit Rechnungshöchstbeträgen

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für belegärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung im Zweibettzimmer (Tarifstufe PRIMO *plus*)
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung (Tarifstufe PRIMO *plus*)
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Selbstbehalt/Bonus

- in den Tarifstufen PRIMO SB 1 – PRIMO SB 3 gelten Selbstbehalte je Person in Höhe von
1.200 € in Tarifstufe PRIMO SB 3
600 € in Tarifstufe PRIMO SB 2
300 € in Tarifstufe PRIMO SB 1
- in Tarifstufe PRIMO *Bonus* erhält die versicherte Person einen monatlichen Bonus in Höhe von 30 € der im Leistungsfall verrechnet wird

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung

Tarif PRIMO

Krankheitskosten-Vollversicherung

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, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet. Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen.

Neben Tarif PRIMO darf keine weitere Krankheitskostenversicherung bei der HALLESCHE Krankenversicherung oder einer anderen privaten Krankenversicherung fortgeführt oder abgeschlossen werden. Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Pflegeversicherungen, die Sonderbedingungen für Modifizierte Beitragszahlung (MBZ*flex*) sowie Auslandsreise-Zusatzversicherungen können zusammen mit Tarif PRIMO abgeschlossen werden.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

Ärztliche Leistungen sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang 1) 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 werden gemäß Abschnitt II.1.13 erstattet.

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
- Blutegelbehandlung
- Schröpfen
- Chirotherapie
- Präparate der Phytotherapie
- Präparate der Anthroposophie
- Klassische Homöopathie
- Akupunktur zur Schmerzbehandlung

Soweit es sich dabei um ärztliche Leistungen handelt, sind diese gemäß Abschnitt II.1.1 erstattungsfähig und werden gemäß Abschnitt II.1.13 erstattet.

Soweit es sich dabei um Heilmittel handelt, werden diese gemäß Abschnitt II.1.6 erstattet. Handelt es sich dabei um Arzneimittel, werden diese gemäß Abschnitt II.1.7 erstattet.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.4 Fahrten und Transporte

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden gemäß Abschnitt II.1.13 erstattet.

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 bis zu den im Heilmittelverzeichnis (Anhang 2) genannten Preisen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 75% erstattet.

1.7 Arznei- und Verbandmittel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Person und Kalenderjahr bis zur Höhe von 2.000 € zu 75%, der 2.000 € übersteigende Teil zu 100% erstattet.

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, Badeszusätze 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 gemäß Abschnitt II.1.1 erstattungsfähig und werden gemäß Abschnitt II.1.13 erstattet.

Die Kosten des Impfstoffes werden als Arzneimittel gemäß Abschnitt II.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 € je Kalenderjahr,
- 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 werden zu 75% erstattet.

Bei Hilfsmitteln kommt es durch erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge bzw. den erstattungsfähigen Prozentsatz zu Selbstbehalten. 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, werden die dafür entstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zu 90% erstattet.

- 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 werden 30 Sitzungen zu 75% erstattet.

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 II.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 werden bis zu einem jährlichen Rechnungsbetrag von 1.000 € zu 75% erstattet.

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 Ver-

sicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der jeweilige Höchstbetrag nicht.

1.13 Erstattet werden

- a) die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß
- Abschnitt II.1.1 ärztliche Heilbehandlung zu 100%,
 - Abschnitt II.1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie zu 100%,

wenn die Behandlung durch einen Hausarzt, Augenarzt, Gynäkologen, Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung (siehe Anhang 4), Notarzt oder Bereitschaftsarzt durchgeführt wird.

Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif – oder bei Wechsel des Hausarztes – dem Versicherer namentlich zu benennen. Als Hausarzt kann ein Arzt für Allgemeinmedizin oder ein praktischer Arzt gewählt werden. Ausnahmsweise kann ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung (siehe Anhang 4) als Hausarzt gewählt werden; hierzu ist jedoch die Zustimmung des Versicherers einzuholen. Der Erstattungsprozentsatz von 100% gilt auch für Behandlungen durch andere als die oben genannten Ärzte, wenn der Hausarzt die Weiterbehandlung veranlasst und dies formlos bestätigt. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen.

Bei Behandlungen durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelte.

Sofern die versicherte Person sich mehr als 100 km von ihrem Wohnsitz entfernt aufhält, gilt jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder jeder praktische Arzt auch ohne vorherige namentliche Nennung an den Versicherer als Hausarzt im Sinne dieses Tarifs.

- b) die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß
- Abschnitt II.1.1 ärztliche Heilbehandlung zu 75%,
 - Abschnitt II.1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie zu 75%,
- wenn die Behandlung durch andere als die oben (siehe oben Abschnitt II.1.13a) genannten Ärzte erfolgt, ohne dass der Hausarzt zur Weiterbehandlung an sie überwiesen hat,

oder

wenn ein Internist (ohne Schwerpunktbezeichnung) ohne Zustimmung des Versicherers als Hausarzt gewählt wird.

Veranlasst der Hausarzt nach der (Erst-)Behandlung eine Weiterbehandlung durch den Facharzt und bestätigt dies formlos, wird ab diesem Zeitpunkt eine Erstattung gemäß 1.13a) vorgenommen. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen.

2. Zahnleistungen

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

Zahntechnische Leistungen gemäß Anhang 5 (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.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen (vgl. auch Abschnitt II.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 in Zusammenhang mit Zahnersatz anfallen.

Erstattet werden die erstattungsfähigen Aufwendungen

- in den Tarifstufen PRIMO Z zu 75%,
- in den Tarifstufen PRIMO zu 65%

(vgl. auch Abschnitt II.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 € 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 werden zu 75% erstattet (vgl. auch Abschnitt II.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 II.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 Höchstbetrag 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) bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang 1). Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß II.2 erstattungsfähig.

b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten 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.

Bei einer Behandlung im Ausland wird bis zum Höchstpreis der allgemeinen Krankenhausleistungen in der Bundesrepublik Deutschland erstattet. Mit diesen Aufwendungen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.

3.2 Wahlleistungen

a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gel-

ten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (siehe Anhang 1) nicht übersteigt.

Die Erstattung in den einzelnen Tarifstufen ist in Abschnitt II.3.4 beschrieben.

3.3 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3.4 Erstattung

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, und zwar

a) in den Tarifstufen PRIMO *plus*

bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer.

Bei Aufenthalt im Einbettzimmer ist die Erstattung beschränkt auf die privatärztliche Behandlung, den Krankentransport sowie die sonstigen erstattungsfähigen Aufwendungen, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Aufwendungen des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses. Für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen im Krankenhaus erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld

- in Höhe von 20 € täglich bei Nichtinanspruchnahme des Kostenersatzes für den Unterkunftszuschlag
- in Höhe von 25 € täglich bei Nichtinanspruchnahme des Kostenersatzes für gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

b) in den Tarifstufen PRIMO

bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer beschränkt auf die allgemeinen Krankenhausleistungen und den Krankentransport.

III. Bonus und Selbstbehalt zur Förderung kostenbewussten Verhaltens

1. Bonus

In den Tarifstufen PRIMO *Bonus* erhält der Versicherungsnehmer für jede versicherte Person je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach den Tarifen PRIMO *Bonus* besteht, einen Bonus von 30 € – maximal ergibt dies einen Bonus von 360 € je Kalenderjahr je versicherte Person.

Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des Versicherungsnehmers ausgezahlt. Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist die Bezahlung des Beitrags per Lastschriftinzugsverfahren.

Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 360 € auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach PRIMO *Bonus* vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Anrechnung für dieses Jahr um jeweils

1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

2. Selbstbehalt

In den folgenden Tarifstufen gelten Selbstbehalte. Die tarifliche Leistung wird um den vereinbarten Selbstbehalt gekürzt.

Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person in

- den Tarifstufen PRIMO SB 1 300 €
- den Tarifstufen PRIMO SB 2 600 €
- den Tarifstufen PRIMO SB 3 1.200 €

Der jeweilige Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge einschließlich des Krankenhaustagegeldes für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Beginnt die Versicherung in den Tarifstufen PRIMO SB 1, PRIMO SB 2 und PRIMO SB 3 nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der jeweilige Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

IV. Einreichung von Kostenbelegen

Es wird empfohlen, Kostenbelege erst ab der Höhe des jeweiligen Selbstbehalts bzw. der jährlichen Bonusleistung einzureichen. Diese liegt

- in den Tarifstufen PRIMO *Bonus* bei 360 €
- in den Tarifstufen PRIMO SB 1 bei 300 €
- in den Tarifstufen PRIMO SB 2 bei 600 €
- in den Tarifstufen PRIMO SB 3 bei 1.200 €

V. Optionsrecht

a) Die versicherte Person hat nach Ablauf des dritten Versicherungsjahres seit Versicherungsbeginn in Tarif PRIMO zum 1. Januar des folgenden Kalenderjahres folgende Optionsrechte innerhalb des Tarifs PRIMO:

- Der bestehende Versicherungsschutz kann auf eine niedrigere Selbstbehaltstufe umgestellt werden.
- Der bestehende Versicherungsschutz kann auf denselben Versicherungsschutz mit stationären Wahlleistungen umgestellt werden (z.B. PRIMO *Bonus* auf PRIMO *Bonus plus*).

Diese Optionen können einzeln oder zusammen ausgeübt werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten annehmen, wenn die Umstufung spätestens 2 Monate vor dem Umstellungszeitpunkt beantragt wurde.

b) Stellt die versicherte Person innerhalb der Elternzeit gemäß des Bundeserziehungsgeldgesetzes (BERzGG) den Versicherungsschutz auf eine höhere Selbstbehaltstufe um, besteht folgende Option auf Rückumstellung:

Fällt die o.g. Voraussetzung weg, so wird der Versicherer einen Antrag auf Rückumstellung mit Wirkung zum Zeitpunkt des Wegfalls der Voraussetzung ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten annehmen. Der Antrag auf Rückumstel-

lung muss dafür innerhalb von 2 Monaten nach Ende der Elternzeit gestellt werden.

VI. Leistungsanpassung

Gemäß § 8b Teil I Nr. 1 bzw. § 8b 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 auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge, ersatzweise Krankenhaustagegelder sowie die Bonusleistung gemäß Abschnitt III. des Tarifs PRIMO mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (siehe Anhang 7) und § 18 Teil I Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) auch berechtigt, die im Heilmittelverzeichnis und 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.

VII. Obliegenheiten

Eine weitere Krankheitskostenversicherung ist neben der Versicherung nach Tarif PRIMO für keine der versicherten Personen zulässig. Nicht davon betroffen sind Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Pflegeversicherungen, die Sonderbedingungen für Modifizierte Beitragszahlung (MBZflex) und Auslandsreise-Zusatzversicherungen.

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang 7) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn diese Obliegenheit verletzt wird. Ferner kann er unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang 7) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern die Versicherung nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient.

VIII. 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

Heilmittelverzeichnis siehe Seite 7 – 8

Anhang 3

(entfallen)

Anhang 4

Schwerpunktbezeichnungen sind:

- bei Kinderärzten z.B. Kinderkardiologie, Neonatologie,
- bei Internisten z.B. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie.

Anhang 5

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen siehe Seite 9 – 12

Anhang 6

Tarifstufen-Übersicht

Die einzelnen Tarifstufen unterscheiden sich in der Höhe des Selbstbehalts, dem Erstattungsprozentsatz bei Zahnersatz und bei Wahlleistungen. Alle weiteren Versicherungsleistungen sind identisch.

Tarifbezeichnung	Selbstbehalt	Zahnersatz**	Wahlleistungen (Privatarzt / Zweibettzimmer)**
PRIMO <i>Bonus</i>	-.*	65%	-
PRIMO <i>Bonus plus</i>	-.*	65%	100%
PRIMO <i>Bonus Z</i>	-.*	75%	-
PRIMO <i>Bonus Z plus</i>	-.*	75%	100%
PRIMO SB 1	300 €	65%	-
PRIMO SB 1 <i>plus</i>	300 €	65%	100%
PRIMO SB 1 <i>Z</i>	300 €	75%	-
PRIMO SB 1 <i>Z plus</i>	300 €	75%	100%
PRIMO SB 2	600 €	65%	-
PRIMO SB 2 <i>plus</i>	600 €	65%	100%
PRIMO SB 2 <i>Z</i>	600 €	75%	-
PRIMO SB 2 <i>Z plus</i>	600 €	75%	100%
PRIMO SB 3	1.200 €	65%	-
PRIMO SB 3 <i>plus</i>	1.200 €	65%	100%
PRIMO SB 3 <i>Z</i>	1.200 €	75%	-
PRIMO SB 3 <i>Z plus</i>	1.200 €	75%	100%

* Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person je versicherten Monat einen Bonus von 30 € – maximal ergibt dies einen Bonus von 360 € je Kalenderjahr je versicherte Person. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 360 € auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach PRIMO *Bonus* vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

** Der Prozentsatz bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Abschnitt II.2. bzw. II.3.

Anhang 7

Auszug aus den Gesetzen siehe Seite 13

Anhang 2 – Heilmittelverzeichnis

Hierzu zählen Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw.

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
Inhalationen		Massagen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Einzelinhalation	6,70	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perioist-, Bürsten- und Colonmassagen)	13,80
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70	- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
Radon-Inhalation im Stollen	11,30	- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80	- Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
Krankengymnastik/Bewegungsübungen		Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/m sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage	19,50	Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10	Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer	6,20	- Bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
Krankengymnastik in einer Gruppe bei cerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	- Bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose, als Einzelbehandlung, Mindestdauer 45 Minuten	34,30	- Teilpackung	20,50
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen), bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	- Großpackung	28,20
Bewegungsübungen	7,70	Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60	Kaltpackung (Teilpackung)	
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80	- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	7,70
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50	- Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40	Heublumensack, Peloidkomprexe	9,20
Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden)	81,90	Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	4,60
Gerätgestützte Krankengymnastik, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00	Trockenpackung	3,10
Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
		Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
		An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30
		An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00
		Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,20
		Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
		Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00
		Naturmoor-Halbbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
		Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	39,90
		Sandbäder, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		- Teilbad	28,70
		- Vollbad	32,80

	erstattungsfähig bis zu €
Sole-Photo-Therapie, Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Photo-Therapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UVA/UVB-Be-strahlung, einschließlich Nachfetten), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
Medizinische Bäder mit Zusätzen	
- Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vege-tabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
- Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderli-chen Nachruhe	13,30
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
- weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
Gashaltige Bäder	
- Gashaltiges Bad (z.B. Kohlendioxidbad, Sauer-stoffbad), einschließlich der erforderlichen Nach-ruhe	19,50
- Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), ein-schließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00
- Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
Kälte- und Wärmebehandlung	
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
Eisteilbad	9,80
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
Elektrotherapie	
Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	6,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, dia-dynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisa-tion)	6,20
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogym-nastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
Iontophorese	6,20
Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nach-ruhe	22,00
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
- als Einzelbehandlung	3,10
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbe-zirke mit Ultraviolettlicht	5,20
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

	erstattungsfähig bis zu €
Logopädie	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung, einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztli-che Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprach-störungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
Ausführlicher Bericht	11,80
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimm-störungen	
- Mindestdauer 30 Minuten	31,70
- Mindestdauer 45 Minuten	41,50
- Mindestdauer 60 Minuten	52,20
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
- Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
- Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Be-handlungsfall	31,70
Einzelbehandlung	
- bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten	41,50
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	54,80
Hirnleistungstraining	
- als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
- Gruppenbehandlung	
- Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70

Anhang 5 – Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
Arbeitsvorbereitung		Provisorium	
101	5,71	301	28,59
102	8,87		Stiftzahn / Onlay / Inlay aus Kunststoff / Metall
103	5,61	302	18,80
104	20,19		Formteil für provisorische Versorgung, je Kiefer
105	8,87	303	34,68
106	7,89		Metallarmierung für provisorische Versorgung, je Kiefer
107	18,36	304	4,08
108	15,50		Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils
109	15,50	305	28,56
110	15,50		Metallprovisorium verblenden einfarbig, bis Zahn 6*
111	15,50	306	40,80
112	8,22		Metallprovisorium verblenden mehrfarbig, bis Zahn 6*
113	8,87	Kronen / Brücken / Inlays und Implantate	
114	8,87	401	34,68
115	2,04		Wurzelstift gegossen
116	4,64	402	61,54
117	5,30		Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe
118	7,53	403	27,54
119	6,12		Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau
120	8,07	404	46,92
121	13,26		Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau
122	13,26	405	46,58
123	12,24		Stiftaufbau
124	22,44	406	13,45
125	8,16		Stiftaufbau in vorhandene Krone einarbeiten
126	10,20	407	65,28
127	8,16		Stiftkrone aus Kunststoff
128	17,34	408	20,18
129	9,18		Angeliferte Modellation gießen
130	15,30	409	13,45
131	5,10		Vorbereiten Krone / Brückenglied
132	6,12	410	13,45
133	25,50		Krone / Brückenglied einarbeiten
134	10,20	411	61,54
135	15,30		Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert
136	5,61	412	69,43
137	8,16		Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert
138	2,65	413	69,43
139	4,08		Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert
140	3,88	414	61,54
141	8,16		Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung
142	8,16	415	69,43
143	3,06		Krone für Kunststoffverblendung
144	5,10	416	66,30
145	3,06		Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung
146	22,44	417	61,54
Herstellung individueller Hilfsmittel			Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung
201	9,42	418	51,00
202	9,42		Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke
203	19,41	419	61,20
204	19,41		Galvanokrone für Verblendung
205	19,41	420	125,46
206	19,41		Krone aus Presskeramik
207	19,41	421	90,46
208	19,41		Teilkrone aus Presskeramik
209	5,50	422	72,33
210	22,20		Krone / Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung
211	13,26	423	132,20
212	6,02		Krone aus Keramik gefräst (z.B. Cerec)
213	18,36	424	115,90
			Krone aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) zur Keramikverblendung
		425	64,87
			Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien
		426	100,91
			Mantel-(Jacket-)krone Keramik / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien
		427	47,09
			Brückenglied massiv
		428	32,13
			Brückenglied für Vollverblendung
		429	92,82
			Brückenglied aus Keramik
		430	8,16
			Verbindungsstelle Keramik
		Inlays Gold	
		431	48,96
			Gussinlay indirekt einflächig
		432	67,32
			Gussinlay indirekt zweiflächig
		433	79,56
			Gussinlay indirekt dreiflächig
		434	79,56
			Gussinlay indirekt mehrflächig
		435	79,56
			Gussonlay
		436	61,20
			Inlay galvanisch aufgebaut einflächig

	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 Kragenfassung	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 Dauerschiene / 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 Mehrarmiges 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 Positioner	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

Anhang 7 – Auszug aus den Gesetzen

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) ¹Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. ²Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) ¹Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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.