

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

TARIF MC

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Rahmenbedingungen, die mit wenigen Ausnahmen den Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) entsprechen und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 610).

A. Leistungsumfang

1. Nach Abzug der Selbstbeteiligung (s. B.) erbringen wir folgende Leistungen:

a) ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 12 AVB)
ärztliche Leistungen (§ 4 Abs. 12 a) AVB):

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn eine Behandlung durch einen

- Arzt für Allgemeinmedizin,
- zur allgemeinärztlichen Behandlung zugelassenen Internisten,
- Facharzt für Augenerkrankungen,
- Facharzt für Gynäkologie,
- Facharzt für Kindererkrankungen,
- Notarzt

erfolgt.

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn die Erstbehandlung durch einen der vorgenannten Ärzte erfolgt und die weitere Behandlung auch durch einen nicht vorgenannten Facharzt fortgesetzt wird.

Die Erstbehandlung ist durch die Behandlungsrechnung nachzuweisen.

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn die ärztliche oder fachärztliche Erst- und Folgebehandlung durch einen von uns empfohlenen Arzt erfolgt oder bei Teilnahme an einem unserer Disease-Management-Programme.

80% der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der vorgenannten Ärzte in Anspruch genommen worden ist.

Künstliche Befruchtung (§ 4 Abs. 12 a) AVB):

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- eine künstliche Befruchtung, beschränkt auf max. **3** Versuche je Maßnahme.
- Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Keimzellgewebe sowie der dazugehörigen ärztlichen Leistungen für eine spätere Kinderwunschbehandlung.

Voraussetzungen sind, dass

- die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint und
- wir Ihnen vor Beginn der Behandlung eine Zusage in Textform gegeben haben.

Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (§ 4 Abs. 12 a) AVB):

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für die ambulante Entbindung und für die Vor- und Nachsorge bei einer ambulanten Entbindung.

Max. **500 Euro** für die Vor- und Nachsorge bei einer stationären Entbindung.

Transportkosten (§ 4 Abs. 12 a) AVB):

100% der Transportkosten

Transport- und Unterbringungskosten bei ambulanten Operationen (§ 4 Abs. 12 a) AVB):

max. **400 Euro** pro ambulante Operation

Arznei- und Verbandmittel (§ 4 Abs. 12 b) AVB):

80% der Kosten bis zu einem Rechnungsbetrag von **2.500 Euro** pro Versicherungsjahr,

100% der Kosten, die den vorgenannten Betrag pro Versicherungsjahr überschreiten.

Heilmittel (§ 4 Abs. 12 c) AVB):

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für max. **30** Anwendungen pro Versicherungsjahr.

Hilfsmittel (§ 4 Abs. 12 d) AVB):

- kleine Hilfsmittel: **100%** der erstattungsfähigen Kosten.
- Sehhilfen: **100%**, max. **250 Euro** pro Rechnungsbetrag.
- große Hilfsmittel: **100%** der erstattungsfähigen Kosten, wenn der Bezug des großen Hilfsmittels unter Inanspruchnahme unseres Hilfsmittelservices erfolgt, ansonsten ist die Erstattung auf **80%** der erstattungsfähigen Kosten begrenzt. Bitte setzen Sie sich vor dem Bezug von großen Hilfsmitteln mit uns in Verbindung. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

Psychotherapie (§ 4 Abs. 12 e) AVB) bis zu **50** Sitzungen im Versicherungsjahr:

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für die ersten **30** Sitzungen,
70% der erstattungsfähigen Aufwendungen von der 31. bis zur 50. Sitzung.

Häusliche Krankenpflege

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, **max. die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.**

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist oder eine ärztliche Krankenpflege nicht in Frage kommt.

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

Haushaltshilfe

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, max. **15 Euro** pro Stunde und **90 Euro** pro Tag.

Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für **vier** Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens **26** Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (**0,22 Euro** pro Km) und einen etwaigen Verdienstausschlag ebenfalls insgesamt bis zu **15 Euro** pro Stunde und **90 Euro** pro Tag.

Kurzzeitpflege

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, **max. den nach § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag¹.**

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege (siehe oben) reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
- Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
- Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf **8** Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

¹ Höchstbetrag 1.774 Euro (Stand: 1. Januar 2022)

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, **max. die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.**

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

b) stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 13 AVB)

allgemeine Krankenhausleistungen (§ 4 Abs. 13 a) AVB):

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die nach § 108 SGB V zugelassen sind. Bei privaten Krankenhäusern, die diese Voraussetzung nicht erfüllen, kann die Erstattung der Aufwendungen auf die Aufwendungen begrenzt werden, die für eine gleichartige Behandlung in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, das nach § 108 SGB V zur Versorgung zugelassen ist, angefallen wären (§ 4 Abs. 9 AVB).

100% der erstattungsfähigen Transportkosten.

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen eines Belegarztes.

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers.

Wahlleistungen (§ 4 Abs. 13 b) AVB):

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer und für privatärztliche Behandlung.

Ersatzkrankenhaustagegeld:

50 Euro pro Behandlungstag, an dem die Wahlleistung (Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung) nicht in Anspruch genommen wird.

Rooming-in (§ 4 Abs. 13 d) AVB):

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson des versicherten Kindes.

c) zahnärztliche Heilbehandlung (§ 4 Abs. 14 AVB)

Zahnbehandlung (§ 4 Abs. 14 a) AVB):

100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Zahnersatz (§ 4 Abs. 14 b) AVB):

60% der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Der Erstattungssatz steigt für das jeweils nächste Kalenderjahr um 5 Prozentpunkte auf 65, 70, 75 bis maximal 80%, wenn für die entsprechenden Kalenderjahre je eine abgeschlossene Prophylaxe-Maßnahme nachgewiesen wird. Wird für ein oder mehrere Kalenderjahr(e) keine Prophylaxe nachgewiesen, vermindert sich der Erstattungssatz pro Kalenderjahr ab dem jeweils nächsten Kalenderjahr um je 5 Prozentpunkte bis auf den Erstattungssatz von 60%.

Der Erstattungsbetrag ist in den ersten zwei Versicherungsjahren auf insgesamt **1.000 Euro** und in den ersten vier Versicherungsjahren auf insgesamt **3.000 Euro** begrenzt. Ab dem fünften Versicherungsjahr ist der Erstattungsbetrag auf insgesamt **5.000 Euro** unter Anrechnung der Erstattungsbeträge für Zahnersatz der beiden vorangegangenen Versicherungsjahre begrenzt. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören die zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifes MC (s. Anlage 2) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind. Die Begrenzungen entfallen bei Zahnersatz für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 14 b) AVB):

80% der erstattungsfähigen Aufwendungen bei Kindern und Jugendlichen, wenn die Maßnahme vor dem 18. Geburtstag des Versicherten geplant und begonnen wurde.

Die Altersbegrenzung für Zahn- und Kieferregulierung entfällt, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung:

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über **2.000 Euro** empfehlen wir, uns vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes/Kieferorthopäden sowie einen Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

2. Ohne Abzug der Selbstbeteiligung erbringen wir folgende Leistungen:

a) Geburtspauschale (§ 4 Abs. 15 AVB)

1.500 Euro je ambulanter oder stationärer Entbindung.

- b) Rückführung (§ 4 Abs. 16 AVB)
Rückführung aus dem Ausland:
100% der erstattungsfähigen Kosten, wenn vor der Rückführung bei uns eine Leistungszusage eingeholt oder die Rückführung durch uns organisiert worden ist.
80% der erstattungsfähigen Kosten, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind.
- c) Todesfall im Ausland (§ 4 Abs. 17 AVB)
Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland:
100% der erstattungsfähigen Kosten bis max. **10.000 Euro**.
- d) Vorsorge und Zahnprophylaxe (§ 1 Abs. 9 AVB)
Vorsorgeuntersuchungen nach Anlage 1:
100% der erstattungsfähigen Aufwendungen eines Arztes oder Zahnarztes, höchstens jedoch die in Anlage 1 genannten Höchsterstattungsbeträge.

B. Selbstbeteiligung

1. Die Selbstbeteiligung wird von den gesamten Erstattungsbeträgen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung (s. A. 1. Leistungsumfang) abgezogen. Sie gilt pro versicherter Person und Kalenderjahr, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nach Tarif MC nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht.

Die Selbstbeteiligung beträgt nach

	Männer	Frauen	Kinder/Jugendliche
Tarifstufe 1	520 Euro	600 Euro	250 Euro
Tarifstufe 2	1.480 Euro	1.560 Euro	740 Euro.

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr die Selbstbeteiligung für Männer bzw. Frauen.

2. Die Selbstbeteiligung in Tarifstufe 1 und 2 entfällt für die versicherte Person bei Vorliegen der nachfolgenden Krankheiten für die gesamte Versicherungsdauer in der vereinbarten Tarifstufe des Tarifes MC, wenn

- die Erstdiagnose der Krankheit während des Versicherungsschutzes nach Tarifstufe 1 oder Tarifstufe 2 des Tarifes MC festgestellt wird und die zu diesem Zeitpunkt vereinbarte Tarifstufe während der gesamten weiteren Versicherungsdauer nicht gewechselt wird,
- das nachfolgend aufgeführte Stadium der Krankheit erreicht ist und
- die Hilfe unseres Gesundheitsmanagers in Anspruch genommen wird.

Der Gesundheitsmanager steht Ihnen und allen versicherten Personen für medizinische Fragen zur Verfügung und berät Sie bei der Inanspruchnahme unserer Serviceleistungen.

Krankheiten:

Krebs: Histologisch gesichertes Auftreten eines bösartigen Tumors mit infauster Prognose oder mit Nachweis von Lymphknoten- oder Fernmetastasen. Eingeschlossen sind auch alle Stadien von Leukämien und verwandte Formen von Blutkrebs.

Herzinfarkt: Herzinfarkt mit einer dauerhaften Verminderung der echokardiographischen Auswurfraction auf weniger als 35%.

Chronisches Nierenversagen: Dialysepflichtigkeit einer nicht verbesserungsfähigen Nierenerkrankung.

Schlaganfall: Eintritt eines akuten Hirninfarktes oder einer Hirnblutung mit anhaltender, wenigstens über einen Zeitraum von 6 Monaten nachweisbarer neurologischer Ausfallsymptomatik.

Knochenmarksversagen: Knochenmarksversagen im Sinne einer aplastischen Anämie oder eines myelodysplastischen Syndroms, welches über einen Zeitraum von wenigstens 6 Monaten regelmäßige Bluttransfusionen erforderlich gemacht hat. Die Diagnose muss bei wiederholten Messungen im genannten Zeitraum von 6 Monaten gesichert sein.

Koma: Koma bzw. apallisches Syndrom, das mindestens über 168 Stunden bestanden haben muss und nach weiteren 6 Monaten ein nachweisbares neurologisches Defizit aufweist (ausgeschlossen sind Komaformen im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenmissbrauch).

Bösartige Lymphdrüsen- und Geschwulsterkrankungen: Histologisch gesicherte bösartige Erkrankung der Lymphknoten und/oder des Knochenmarkes. Ferner der histologisch gesicherte Befall von nicht dem Lymphsystem zuzuordnender Organstrukturen im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium III oder IV der Ann-Arbor-Klassifikation.

Schädel-Hirn-Trauma: Schädel-Hirn-Trauma/Hirnblutungen mit neurologischen Ausfallsymptomen, die auch nach über 6 Monaten noch bestehen.

Multiple Sklerose: Multiple Sklerose (Enzephalomyelitis disseminata) mit neurologischen Ausfallerscheinungen, welche über wenigstens 6 Monate bestanden haben müssen.

Kurzdarmsyndrom: Kurzdarmsyndrom bei Verlust von mindestens 60% des Dünndarms und objektiver Notwendigkeit zur Dauerbehandlung mittels Medikamenten und/oder Nahrungsergänzung über eine Magensonde oder einen Katheter.

Aids bzw. HIV-Infektion: Aids bzw. HIV-Infektion mit einem nachgewiesenen Abfall der T-Helferzellen unter 500/Mikroliter. Die Krankheitsdauer muss mindestens 6 Monate betragen. Die Infektion muss durch Mehrfachtestungen einschließlich positiver Bestätigungstests nachgewiesen werden.

Organtransplantationen: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, Lunge oder Leber sowie Knochenmarkes eines Fremdspenders.

C. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen und allen versicherten Personen umfangreiche Serviceleistungen an.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern).

Wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken.

Wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen.

Außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern,
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen,
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten,
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung,
 - individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke),
- bei Auslandsreisen
 - 24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern,
 - ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Information von Angehörigen,
 - Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen,
 - Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus,
 - Organisation von Auslandsrücktransporten,
 - Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

Anlage 1 zu Tarif MC

Erstattungsfähige ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach § 1 Abs. 9 AVB, bei denen die vertraglich vereinbarte Selbstbeteiligung nicht abgezogen wird

I. Kinder und Jugendliche

Früherkennungsuntersuchungen beim Kind

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind entsprechend der Früherkennungsrichtlinien. Sie beinhalten unter anderem die Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen und ggf. eine Beratung der Bezugsperson.

U2	3. – 10. Lebenstag
U3	4. – 6. Lebenswoche
U4	3. – 4. Lebensmonat
U5	6. – 7. Lebensmonat
U6	10. – 12. Lebensmonat
U6a	15. – 18. Lebensmonat
U7a	30. – 40. Lebensmonat
U7	21. – 24. Lebensmonat
U8	43. – 48. Lebensmonat
U9	60. – 64. Lebensmonat
U9a	72. – 78. Lebensmonat
U9b	im 8. Lebensjahr
U9c	im 10. Lebensjahr
U10	10. – 13. Lebensjahr
J2	14. – 16. Lebensjahr

Höchsterstattungsbetrag pro Früherkennungsuntersuchung **70 Euro**

Ergänzend werden folgende Vorsorgeuntersuchungen erstattet:

Neugeborenen-Audio-Check

Bis zum 3. Lebensmonat besteht die Möglichkeit, im Rahmen der Hör-Vorsorge eine Messung der otoakustischen Emissionen durchführen zu lassen.

Höchsterstattungsbetrag **85 Euro**

Schiel-Vorsorge

Im 3. Lebensjahr kann eine augenärztliche Vorsorgeuntersuchung auf Schielen und Fehlsichtigkeit durchgeführt werden.

Höchsterstattungsbetrag **50 Euro**

Fettstoffwechsel-Vorsorge

Zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr besteht einmalig die Möglichkeit, die Basislaborparameter des Fettstoffwechsels bestimmen zu lassen.

Höchsterstattungsbetrag **40 Euro**

II. Erwachsene

1. Intervall-Check-up

Ab dem 18. Lebensjahr besteht alle 3 Jahre und ab dem 45. Lebensjahr alle 2 Jahre die Möglichkeit, eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen durchführen zu lassen. Diese Basisfrüherkennungsuntersuchung besteht aus einer vollständigen körperlichen Untersuchung, EKG, Sonographie, Basislaboruntersuchung, Erörterung des individuellen Risikoprofils und Beratung.

Höchsterstattungsbetrag **300 Euro**

Ergänzend ab dem 55. Lebensjahr:

Schlaganfall-Vorsorge

Alle 5 Jahre kann im Rahmen der Schlaganfall-Vorsorge eine Doppleruntersuchung der hirnversorgenden Gefäße durchgeführt werden.

Höchsterstattungsbetrag **100 Euro**

2. Krebsvorsorge

a) Hautkrebs-Vorsorge

Alle 3 Jahre kann eine Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung beim Hautarzt durchgeführt werden.

Höchsterstattungsbetrag **50 Euro**

- b) Darmkrebs-Vorsorge**
 Im Rahmen der Darmkrebs-Vorsorge kann – ohne krankhaften Befund – innerhalb von 10 Jahren einmal eine Koloskopie durchgeführt werden.
 Höchsterstattungsbetrag **350 Euro**
- c) Krebsvorsorge Frau**
 Jährlich kann eine Basiskrebs-Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rectums und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Urin-Streifentest sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl – durchgeführt werden. Diese Basis-Vorsorgeuntersuchung kann bis zum 45. Lebensjahr alle 3 Jahre und nach dem 45. Lebensjahr alle 2 Jahre um eine sonographische Untersuchung erweitert werden.
 Höchsterstattungsbetrag für die Basisuntersuchung **80 Euro**
 Höchsterstattungsbetrag für die erweiterte Untersuchung **180 Euro**
- Ergänzend ab dem 45. Lebensjahr:**
- Mammographie-Vorsorge**
 Alle 2 Jahre besteht die Möglichkeit, die Brustkrebs-Vorsorgeuntersuchung durch eine Mammographie zu ergänzen.
 Höchsterstattungsbetrag **120 Euro**
- Osteoporose-Vorsorge**
 Alle 5 Jahre besteht die Möglichkeit, eine Osteodensometrie zur Früherkennung der Osteoporose durchführen zu lassen.
 Höchsterstattungsbetrag **55 Euro**
- d) Krebsvorsorge Mann**
 Jährlich kann eine Basiskrebs-Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese und Urin-Streifentest sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl – durchgeführt werden. Diese Basis-Vorsorgeuntersuchung kann alle 2 Jahre um eine Bestimmung des PSA-Wertes und eine die Tastuntersuchung der Prostata ergänzende Sonographie erweitert werden.
 Höchsterstattungsbetrag für die Basisuntersuchung **65 Euro**
 Höchsterstattungsbetrag für die erweiterte Untersuchung **120 Euro**
- 3. Glaukom-Vorsorge**
 Alle 3 Jahre besteht die Möglichkeit, den Augeninnendruck im Rahmen der Glaukomvorsorge messen zu lassen.
 Höchsterstattungsbetrag **70 Euro**
- III. Zahn-Vorsorgeuntersuchung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, ggf. mit Zahnbelagentfernung und zahnärztlichen Prophylaxeleistungen** **zu 100%.**

Anlage 2 zu Tarif MC

Preis- und Leistungsverzeichnis der versicherten zahntechnischen Material- und Laborleistungen

(Erstattungsfähig sind nur die nachstehend aufgeführten Positionen bis zu den genannten Höchstbeträgen. Nicht in diesem Preis-Leistungsverzeichnis aufgeführte zahntechnische Leistungen sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.)

erstattungsfähiger
Höchstbetrag Euro

Arbeitsvorbereitung

0001	Modell Hartgips/Superhartgips	5,70
0002	Modell nach Überabdruck	8,90
0003	Modell vermessen	5,60
0004	Modellpaar sockeln	20,20
0005	Sägmodell/Modell Sägesegment	8,90
0006	Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	7,90
0007	Modellergänzung aus Kunststoff	18,40
0008	Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50
0009	Platzhalter einfügen	15,50
0010	Verwendung von Kunststoff	15,50
0011	Abdruck galvanisieren	15,50
0012	Set-up je Segment	8,20
0013	Einzelstumpfmodell	8,90
0014	Set-up Modell	8,90
0015	Dowel-Pin setzen	2,00
0016	Zahnkranz bearbeiten	4,60
0017	Zahnkranz sockeln	5,30
0018	Einstellen in Fixator (OK + UK)	7,50
0019	Modellmontage indiv. Artikulator I	13,30
0020	Übertragungslehre für Zweitmontage	10,20
0021	Frontzahnführungsteller individuell	17,30
0022	Frässockel/Modell/je Kiefer	9,20
0023	Split Cast an Modell/je Kiefer	15,30
0024	Modellsegment sägen	5,10
0025	Kontrollmodell	6,10
0026	Remontage Modell	25,50
0027	Modell aus feuerfester Masse	10,20
0028	Stumpf aus feuerfester Masse	15,30
0029	Stumpf aus Superhartgips	5,60
0030	Stumpf aus Kunststoff	8,20
0031	Ausblocken eines Stumpfes	2,70
0032	Stumpf vorbereiten	4,10
0033	Reponieren eines Stumpfes	3,90
0034	Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	8,20
0035	Dublieren eines Einzelstumpfes	8,20
0036	Radieren des Abschlussrandes	3,10
0037	Radieren nach System je Kiefer	5,10
0038	Abdecken eines Kieferteils je Kiefer	3,10
0039	Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	22,40

Herstellung individueller Hilfsmittel

0101	Basis für Vorbissnahme	9,40
0102	Konstruktionsbiss	9,40
0103	Basis Autopolimerisat	19,40
0104	Individueller Löffel	19,40
0105	Funktionslöffel	19,40
0106	Bissregistrierung	19,40

0107	Stützstiftregistrierung	19,40
0108	Kunststoffbasis für Aufstellung	19,40
0109	Bisswall (Wachs/Kunststoff) je Kiefer	5,50
0110	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	22,20
0111	Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren je Kiefer	13,30
0112	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen/je Zahn	6,00
0113	Spezialbissplatte	18,40
Provisorium		
0201	Provisorische Krone oder Brückenglied/Stiftzahn/Onlay/Inlay aus Kunststoff/Metall	28,60
0202	Formteil für prov. Versorgung pro Kiefer	18,80
0203	Metallarmierung für prov. Versorgung/je Kiefer	34,70
0204	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,10
0205	Metallprovisorium verblenden einfarbig bis Zahn 6	28,60
0206	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig bis Zahn 6	40,80
Inlays Gold		
0301	Gussinlay indirekt einflächig	49,00
0302	Gussinlay indirekt zweiflächig	67,30
0303	Gussinlay indirekt dreiflächig	79,60
0304	Gussinlay indirekt mehrflächig	79,60
0305	Guss Onlay	79,60
0306	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	61,20
0307	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	69,40
0308	Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig	80,60
0309	Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig	85,70
0310	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig	49,00
0311	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig	59,20
0312	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig	69,40
0313	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig	74,50
Inlays Kunststoff (keine Provisorien)		
0314	Inlay aus Kunststoff einflächig	38,80
0315	Inlay aus Kunststoff zweiflächig	51,00
0316	Inlay aus Kunststoff dreiflächig	65,30
0317	Inlay aus Kunststoff mehrflächig	69,40
0318	Onlay aus Kunststoff	69,40
Inlays Keramik (inkl. Schichtung individuell)		
0319	Keramikinlay einflächig	90,80
0320	Keramikinlay zweiflächig	93,80
0321	Keramikinlay dreiflächig	96,90
0322	Keramikinlay mehrflächig	107,10
0323	Teilkrone/Onlay/Keramik	96,90
Inlay Presskeramik (z.B. Empress od. Cercon)		
0324	Inlay aus Presskeramik einflächig	80,30
0325	Inlay aus Presskeramik zweiflächig	82,10
0326	Inlay aus Presskeramik dreiflächig	87,50
0327	Inlay aus Presskeramik mehrflächig	90,50
0328	Onlay aus Presskeramik	90,50
Inlay aus Keramik gefräst		
0329	Inlay aus Keramik gefräst einflächig	111,40
0330	Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig	113,30
0331	Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig	115,80
0332	Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	120,90
0333	Onlay aus Keramik gefräst	120,90

Kronen/Brücken

0334	Wurzelstift gegossen	34,70
0335	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	61,50
0336	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	27,50
0337	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	46,90
0338	Stiftaufbau	46,60
0339	Stiftaufbau in vorhand. Krone einarbeiten	13,50
0340	Stiftkrone aus Kunststoff	65,30
0341	Angelieferte Modellation gießen	20,20
0342	Vorbereiten Krone/Brückenglied	13,50
0343	Krone/Brückenglied einarbeiten	13,50
0344	Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	61,50
0345	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0346	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0347	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	61,50
0348	Krone für Kunststoffverblendung	69,40
0349	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung	66,30
0350	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	61,50
0351	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	51,00
0352	Galvanokrone für Verblendung	61,20
0353	Krone aus Presskeramik	125,50
0354	Teilkrone aus Presskeramik	90,50
0355	Krone/Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung	72,30
0356	Krone aus Keramik gefräst	132,20
0357	Krone aus Keramik gefräst zur Keramikverblendung	115,90
0358	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff/Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	64,90
0359	Mantel-(Jacket-)krone Keramik/ Front- u. Seitenzähne, nicht als Provisorien	100,90
0360	Brückenglied massiv	47,10
0361	Brückenglied für Vollverblendung	32,10
0362	Brückenglied aus Keramik	92,80
0363	Verbindungssteile aus Keramik	8,20

Teleskope/Geschiebe/Stege/Riegel

0368	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	84,70
0369	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	94,00
0370	Umlaufende Fräsung	30,40
0371	Individuelles Geschiebe primär	77,50
0372	Individuelles Geschiebe sekundär	80,20
0373	Geschiebefräsung	29,20
0374	Grundeinheit Individueller Steg/Primär- und Sekundärteil	82,10
0375	Individueller Steg/Längeneinheit	8,20
0376	Steggeschiebe individuell/Primär- und Sekundärteil	64,10
0377	Steggeschiebe individuell an Basis	34,70
0378	Steg abknicken	7,10
0379	Stegfräsung	18,40
0380	Konfektionssteg	53,50
0381	Konfektionssteg Längeneinheit	3,10
0382	Konfektionssteglasche an Basis	18,40
0383	Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,70
0384	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	18,40
0385	Stift im Inlay zum Pinledge	15,30
0386	Drehriegel, Schwenkriegel individuell inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	161,00
0387	Wiederherstellung Drehriegel/Schwenkriegel individuell	107,30
0388	Konfektionsriegel primär	34,70
0389	Konfektionsriegel sekundär	71,20

0390	Konfektionsgeschiebe primär	34,70
0391	Konfektionsgeschiebe sekundär	71,20
0392	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50
0393	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20
0394	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20
0396	Schubverteilungsarm	54,50
0397	Teilfräsung	18,40
0398	Lager für Ankerbandklammer	77,50
0399	Ankerbandklammer sekundär	80,20
0400	Lager für Raste	8,20
0401	Raste in Lager	6,10
0402	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Schraube/Bolzen	8,20
0403	Einarbeiten Friktionsstift/Schraube/Bolzen	42,00
Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen		
0501	Metallverbindung nach keramischem Brand/inklusive Lötmetall	24,90
0502	Lötfreie Verbindungen/Primärteil je Einheit	5,60
0503	Lötfreie Verbindungen/Sekundärteil je Einheit	9,20
0504	Laserschweißen je Kiefer	14,30
0505	Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,20
0506	Lötung 2/3: mit/ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	14,30
Veneers/Verblendungen/Zahnfleisch		
0601	Verblendung Kunststoff bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	46,80
0602	Verblendung Keramik bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	78,60
0603	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Kunststoff bis Zahn 6	13,90
0604	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Keramik bis Zahn 6	30,30
0605	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik	14,30
0606	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik bis Zahn 6	25,00
0607	Verblendschale aus Kunststoff	56,10
0608	Verblendschale aus Keramik	114,20
0609	Verblendschale aus Presskeramik	98,20
0610	Verblendschale aus Keramik gefräst	119,20
Metallbasen und gegossene Klammern		
0701	Metallbasis/OK od. UK/Totale sow. Partielle	122,10
0702	Einarmige Klammer	10,50
0703	Inlayklammern	8,80
0704	Fortlaufende Klammern je Zahn	10,50
0705	Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,50
0706	Kralle	10,50
0707	Ney-Stiel	10,50
0708	Auflage	10,50
0709	Umgebungsbügel bei Diastema	10,50
0710	Zweiarmige Klammer	20,00
0711	Approximalklammer	20,00
0712	Ringklammer	20,00
0713	Rücklaufklammer	20,00
0714	Gegenlager	20,00
0715	Zwei Zähne umfassende Doppelklammer	20,00
0716	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)	29,70
0717	Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70
0718	Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
0719	Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,70
0720	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70
0721	Überwurfklammer mit Auflage(n)	29,70
0722	Bonwillklammer	39,80

0723	Rückenschutzplatte	37,70
0724	Metallzahn	37,70
0725	Metallkaufäche	37,70
0726	Lösungsknopf für Friktionsprothese/max. 2 je Kiefer	15,20
0727	Unterfütterbarer Abschlussrand	18,10
0728	Zuschlag für einzeln gegossene Klammer(n)	20,70
0729	Kragenfassung	8,20
0730	Modellgussteil konditionieren/je Kiefer	12,20
0731	Metallfläche konditionieren/je Einheit	8,20
Auf- und Fertigstellung/gebogene Klammern		
0801	Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	32,30
0802	Aufstellung Wachsbasis je Zahn	1,80
0803	Aufstellung aus Metallbasis je Zahn	2,70
0804	Übertragung einer Aufstellung je Zahn	1,90
0805	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,90
0806	Fertigstellung einer Prothese je Zahn	3,30
0807	Einarmige Klammer	8,10
0808	Inlayklammer	8,10
0809	Interdental-Knopfklammer	8,10
0810	Approximalklammer	8,10
0811	Auflage (nicht Krallen)	8,10
0812	Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager	8,10
0813	Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage	14,90
0814	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	14,90
0815	Überwurfklammer	14,90
0816	Doppelbogenklammer (zwei Zähne)	14,90
0817	Basis aus Weichkunststoff	52,10
0818	Sonderkunststoffe/je Kiefer	52,10
0819	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,70
0820	Remontage Prothese	20,40
0821	Selektives Einschleifen	31,60
0822	Reokkludieren einer Prothese	4,60
0823	Zahnfleischklammer	10,20
0824	Pelottenklammer	18,40
0825	Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten	36,70
0826	Saugkammer einarbeiten	4,10
Schienen		
0827	Aufbissschiene	104,30
0828	Knirscherschienen	104,30
0829	Bissführungsplatte/komplett	104,30
0830	Miniplastschiene	61,90
0831	Retentionsschiene	61,90
0832	Verband- oder Verschlussplatte	61,90
0833	Umarbeiten einer Prothese, Aufbissbehelf	43,10
0834	Festsitz, Schiene adjustierbar je Zahn	9,50
0835	Abnehmbare Dauerschienen/Metall, adjustierbar	154,10
0836	Medikamententrägerschiene	66,30
0837	Schienungskappe aus Kunststoff	17,30
0838	Obturator aus Kunststoff	93,80
0839	Resektionskloß aus Kunststoff	57,10
0840	Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit	102,00
0841	Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn	10,20

Kieferorthopädie/Reparaturen

0901	Basis für Einzelkiefergerät	47,80
0902	Basis für bimaxilläres Gerät	100,90
0903	Schiefe Ebene/je Kiefer	39,70
0904	Vorhofplatte	53,00
0905	Kinnkappe	47,70
0906	Aufbiss/je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet	9,40
0907	Abschirmelement	16,20
0909	Schraube einarbeiten	14,30
0910	Spezial-Schraube einarbeiten	18,60
0911	Trennen einer Basis	5,90
0912	Labialbogen	18,20
0913	Labialbogen modifiziert	23,80
0914	Labialbogen intermaxiliär	28,30
0915	Feder, offen	8,10
0916	Feder, geschlossen	10,30
0917	Verbindungselement intramaxiliär	21,10
0918	Verbindungs- oder Führungselemente intermaxiliär	23,50
0919	Verankerungselement/Ankerband	19,50
0920	Einzelelement einarbeiten	10,11
0921	Metallverbindung	14,10
0922	Einarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	8,80
0923	Mehrmarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	14,90
0924	Grundeinheit für Instandsetzung KFO-Basis	15,80
0925	Dehn- und/oder Regulierungselement	6,70
0926	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoff-Basis	43,30
0927	Facebow anpassen	13,30
0928	Häkchen	10,20
0929	Lingualbogen	30,60
0930	Palatinalbogen	38,80
0931	Positioner	142,80
0932	Druckfeder/Zugfeder	15,30
0933	Lückenthalter	18,40
1001	Grundeinheit für Instandsetzung Prothese	17,70
1002	Leistungseinheit Sprung	7,80
1003	Leistungseinheit Bruch	7,80
1004	Leistungseinheit Einarbeiten eines Zahnes	7,80
1005	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	7,80
1006	Leistungseinheit Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten	7,80
1007	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	7,80
1008	Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen/wiederbefestigen	7,80
1009	Retention, gebogen	41,70
1010	Retention, gegossen	51,10
1011	Gegossenes Basisteil	63,90
1012	Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung	21,50
1013	Teilunterfütterung einer Basis	37,30
1014	Vollständige Unterfütterung einer Basis	52,00
1015	Basis erneuern	63,30
1016	Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	13,50
1017	Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,80
1018	Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
1019	Instandsetzen Kunststoffverblendung bis Zahn 6	15,80
1020	Instandsetzen Keramikverblendung bis Zahn 6	15,80
1021	Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,80

Kunststoffschienen zur Aligner-Therapie bei kieferorthopädischer Behandlung

Die nachgewiesenen Kosten für die Herstellung der Schienen sind im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise erstattungsfähig.

Sonstiges

1100	Versandkosten	3,70
1101	Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit	11,00

Implantologie

I 111	Implantat einschließlich folgender mit abgegoltener Begleitleistungen: <ul style="list-style-type: none"> – Röntgenkugel positionieren – Modellimplantat repositionieren – Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben – Verlängerungshülse für Implantat – Bearbeiten eines Implantatkopfes – Drehsicherungsstopp bei Implantaten – Verschraubung Implantat – Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat – Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat – Lötfreie Verbindung Primärteil – Stegfräsung – Steggeschiebe – Metallverbindung Primärteile 	200,00
I 112	Parallelbohrschablone für Implantat pro Kiefer 1x	30,00
I 113	Implantatkontrollschablone pro Kiefer 1x	25,00
I 114	Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60
I 115	Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	73,40
I 116	Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	56,10
I 117	Magnetpaar einarbeiten	49,00

Hinweise:

Preise gelten zuzügl. 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.