



Tarif GKIDU

Teil III – Tarifbedingungen

Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV)



Krankheitskostenteilversicherung

Teil III

Krankheitskostenteilversicherungstarif: GKIDU

gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Umfassende Zusatzversicherung für Kinder und Jugendliche als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung der BARMER

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009 und II Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung, soweit sie nicht ausdrücklich durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

Versicherungsfähig sind Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, die Mitglied der BARMER sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen der BARMER haben.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen bei Wegfall dieser Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform mitzuteilen.

Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unter den Voraussetzungen des § 1 (6) AVB die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen.

Bei Vollendung des 21. Lebensjahres entfällt die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif und der Versicherungsschutz endet zu diesem Zeitpunkt. Der Versicherungsnehmer hat dann aber das Recht, den Versicherungsschutz in entsprechende Tarife für erwachsene BARMER-Mitglieder ohne erneute Risikoprüfung und unter Anrechnung der Wartezeiten umzustellen. Der Antrag auf Tarifumstellung muss dem Versicherer spätestens zwei Monate vor dem Umstellungszeitpunkt vorliegen. Bereits bestehende Sondervereinbarungen werden bei Vertragsumstellung übernommen.

I. Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in dem unter Ziffer II dargestellten Leistungsumfang.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Erstattungsfähig sind die in Ziffer II 3 a) bis e) genannten Leistungen auch für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung

im Krankenhaus oder Entbindungsheim. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des behandlungsbedürftigen Säuglings nach der Entbindung werden aus dessen Krankheitskostenversicherung erstattet.

Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen durch Heilpraktiker, Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Kieferorthopäden, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnungen (Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH), Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) und Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten (GOP)) berechnet werden. Die Leistungen werden bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnungen gezahlt. Für die GOÄ, GOZ und GOP handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des jeweiligen § 5 der Gebührenordnung.

Kooperationspartner der HUK-COBURG-Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden.

Durch Inanspruchnahme dieser Kooperationspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen. Die regionale Verteilung der Kooperationspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus einsehbar unter www.huk.de.

II. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Aufwendungen für medizinisch notwendige Sehhilfen unabhängig von der Art und Anzahl sind zu 100 % bis zu einem Höchstbetrag von 300 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.

Bei Nutzung eines Kooperationspartners erhöht sich der Erstattungsanspruch auf 350 € innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Der Höchstbetrag bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen des Bezugsjahres der Sehhilfen sowie des vorangegangenen Kalenderjahres.

Die Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

2. Behandlung durch Heilpraktiker und Naturheilverfahren

Nachstehend aufgeführte Leistungen für die Behandlung durch Heilpraktiker und ambulante Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker einschl. Arznei- und Verbandmittel werden zu 80 % erstattet. Die Erstattung ist auf insgesamt 1.000 € je Kalenderjahr begrenzt.

- a) ambulante Behandlungen (mit Ausnahme von Psychotherapie) und verordnete Arznei- und Verbandmittel durch Heilpraktiker,
- b) ambulante Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker, die von der BARMER nicht übernommen werden, einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel.

Die Erstattungspflicht für Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker ist auf folgende im sog. »Hufeland-Verzeichnis« genannte Maßnahmen beschränkt:

Akupunktur, Akupressur, Ausleitende Verfahren, Bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonenmassage, Sauerstoff-Therapie, Shiatsu.

Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Humanmediziner verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Stärkungspräparate (z.B. Vitamine/Mineralstoffe), kosmetische Präparate, Potenz-, Verhütungs-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle- und Anti-Agingpräparate sowie Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden.

Vitamin-, Nähr- und Stärkungspräparate werden bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zur Vermeidung lebensbedrohlicher schwerer gesundheitlicher Schäden, z.B. Morbus Crohn und Mukoviszidose oder während einer Schwangerschaft gezahlt.

3. Wahlleistungen im Krankenhaus

- a) Wahlleistungen

Wahlleistungen für medizinisch notwendige stationäre Behandlungen werden zu 100 % erstattet.

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (einschl. der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechnete ärztliche und medizinische Leistungen (z. B. Chefarzt, Belegarzt sowie Beleghebamme/-entbindungspfleger).

- b) Ersatz-Krankenhaustagegeld

Bei Verzicht auf gesondert berechnete Unterkunft wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 40 € gezahlt. Werden keine gesondert berechneten ärztlichen Leistungen geltend gemacht, wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 € erstattet. Werden weder der Leistungsanspruch für gesondert berechnete Unterkunft noch gesondert berechnete ärztliche Leistungen geltend gemacht, wird ein Tagegeld von insgesamt 70 € geleistet.

Das Ersatz-Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr) des medizinisch notwendigen und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes erstattet. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet.

- c) Mitaufnahme einer Begleitperson (Rooming-In)

Muss eine versicherte Person stationär behandelt werden, erstatten wir für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr) bei

medizinisch notwendiger Aufnahme einer Begleitperson ein Krankenhaustagegeld von 15 €. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet.

- d) Freie Krankenhauswahl in Deutschland

Erstattungsfähig sind die Mehrkosten, die nach Vorleistung der BARMER verbleiben, zu 100 %, wenn ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in Deutschland gewählt wird.

- e) Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung

Gesondert berechnete ärztliche Leistungen für eine ambulante Aufnahme- und eine Abschlussuntersuchung im Krankenhaus anlässlich einer stationären Heilbehandlung werden zu 100 % erstattet.

- f) Für die erstattungsfähigen Leistungen gemäß 3 a) bis e) gilt:

Erstattet werden bei einer stationären Psychotherapie die Aufwendungen nach Ziffer 3 a) bis e) für bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr.

Ausgenommen von der Erstattung ist die bei stationärer Heilbehandlung zu entrichtende gesetzliche Zuzahlung.

Erfolgt für die stationäre Heilbehandlung keine Leistung durch die BARMER, so entfällt die Erstattung nach diesem Tarif.

Für die in § 5 (1.2) AVB genannten Entziehungsmaßnahmen erfolgt keine Erstattung nach diesem Tarif.

4. Zahnärztliche Leistungen

- a) Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz werden mit 30 % ersetzt. Zusammen mit den Leistungen der BARMER werden maximal 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Eine Vorleistung der BARMER ist erforderlich.

Wenn ein von der HUK-COBURG-Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten um 5 % auf 35 % bzw. 95 %.

Werden Kronen, Brücken, Prothesen sowie deren Reparaturen im Rahmen der gesetzlichen Regelversorgung (kassenzahnärztliche Leistung) durchgeführt, ergänzt die HUK-COBURG-Krankenversicherung die Leistung der BARMER auf 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Bei Implantaten ist die Erstattung für eine Versorgung auf bis zu 6 Stück im Ober- und bis zu 4 Stück im Unterkiefer beschränkt. Bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.

Für funktionsanalytische Leistungen erfolgt eine Erstattung, wenn sie im Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme von mehr als 6 Zähnen pro Kiefer medizinisch notwendig sind.

Als Zahnersatz (Honorar sowie Material- und Laborkosten) gelten prothetische, implantologische (z.B. Implantate, Stiftzähne, Brücken) sowie augmentative Leistungen (z.B. Knochenaufbau), Versorgung mit Kronen (z.B. Voll- und Teilkronen, Onlays) jeder Art, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z.B. Entfernen von Zähnen oder Provisorien.

Verblendungen werden jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.

- b) Inlays

Inlays werden bei der Erstversorgung eines Zahns und als Ersatz

von bestehenden Inlays sowie bei einer zwingenden medizinischen Indikation (insbesondere Amalgam-Allergie) gezahlt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays werden mit 50 % ersetzt. Zusammen mit einer eventuellen Leistung der BARMER werden maximal 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Wenn ein von der HUK-COBURG-Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten um 5 % auf 55 % bzw. 95 %.

Beim Austausch defekter plastischer Füllungen (z. B. Amalgamfüllung) werden für den/die gleichen betroffenen Zahn/Zähne pro Inlay bis zu 150 € Rechnungsbetrag zu 50 % erstattet.

Ein Inlay (Einlagefüllung) ist eine in einem zahntechnischen Labor hergestellte Zahnfüllung. Zur Inlayversorgung (Honorar sowie Material- und Laborkosten) zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. provisorische Versorgung, besondere Maßnahmen beim Füllen).

c) Für die erstattungsfähigen Leistungen gemäß 4 a) und b) gilt:

Der Erstattungsbetrag für Zahnersatz und Inlays ist auf insgesamt 1.000 € je Versicherungsjahr (sh. § 8 (2.1) AVB) begrenzt.

Bei der Erstattung der zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) werden maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu Grunde gelegt. Die Erstattungshöchstsätze sind im beigefügten Preis-Leistungsverzeichnis (PLV) für zahntechnische Leistungen (sh. Anlage) niedergelegt. Darüber hinaus sind im PLV auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z.B. Inlays oder Keramikronen, enthalten. Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze der entsprechenden Positionen des PLV. Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, erfolgt eine Anpassung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL. Die jeweils aktuelle Fassung des PLV kann auch über www.huk.de abgerufen werden.

Wenn rechtzeitig vor Beginn der Behandlung bei Zahnersatz und Inlays eine Kopie des von der BARMER genehmigten Heil- und Kostenplans mit dem Kostenvoranschlag des Zahnarztes, der auch spezifische Kosten für Material- und Laborkosten enthält, eingereicht wird, informiert die HUK-COBURG-Krankenversicherung über die Höhe der zu erwartenden Erstattung. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

d) Besondere Bedingungen bei der Leistung für Zähne, die bereits bei Vertragsschluss gefehlt haben und zu diesem Zeitpunkt noch nicht ersetzt waren:

- Zahnersatzmaßnahmen für bei Vertragsschluss fehlende, noch nicht ersetzte Zähne (mit Ausnahme der Milch- und Weisheitszähne) sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Ein sogenannter „vollständiger Lückenschluss“ gilt nicht als fehlender Zahn.
- Wird im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Kronenversorgung die durch den/die fehlenden Zahn/Zähne vorhandene Lücke geschlossen, erfolgt eine anteilmäßige tarifliche Kostenerstattung im Verhältnis der behandelten, vorhandenen Zähne zur Gesamtzahl der an dieser Zahnersatzmaßnahme beteiligten Zähne unter Einrechnung des fehlenden Zahns.

Beispiel:

Es erfolgt an den Zähnen 24 bis 26 eine Kronen-/Brücken-/Kronenversorgung mit erstattungsfähigen Aufwendungen über 1.500 €. Die BARMER beteiligt sich auf Grund regelmäßigen Vorsorgeverhaltens in den letzten 10 Jahren mit einem Festzuschuss von 500 €.

Somit werden 3 Zähne versorgt – einschließlich Zahn 25, der bei Vertragsschluss fehlte. Die anteilige Erstattung für diese Gesamtversorgung beträgt daher 2/3 der Tarifleistung (2 von 3 Zähnen).

Bei einer Tarifleistung von 450 € (1.500 € x 30 %) beträgt die Erstattung aus diesem Tarif 300 € (2/3 ausgehend von 450 €). Die maximale Erstattung mit den Leistungen der BARMER zusammen in Höhe von 90 % (1.500 € x 90 % = 1.350 €) wird in diesem Beispiel nicht erreicht.

5. Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind 100 % der Mehrkosten für Kieferorthopädie-Leistungen bei Behandlungsgrad der Kieferorthopädie der Stufen 3 – 5 (KIG-Stufen 3 – 5). Die Erstattungen sind dabei auf

100 € im ersten Kalenderjahr,

200 € im zweiten Kalenderjahr,

300 € im dritten Kalenderjahr und

400 € jährlich ab dem vierten Kalenderjahr

begrenzt.

Die Regelleistungen einer kieferorthopädischen Behandlung zählen nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach diesem Tarif, ebenso wie die zunächst einbehaltenen Eigenanteile, die nach abgeschlossener Behandlung von der BARMER erstattet werden (§ 29 SGB V).

Eine Übernahme der Regelleistungen durch die BARMER ist erforderlich.

Zur Prüfung der Kostenübernahme sind der Heil- und Kostenplan und der Bewilligungsbescheid der BARMER rechtzeitig vor Behandlungsbeginn bei der HUK-COBURG einzureichen.

Mehrkosten im Sinne des Tarifs sind Leistungen für Spezialbrackets, spezielle Bögen/Bänder, professionelle Zahnreinigungen (höchstens zweimal pro Gesamtbehandlung), Versiegelungen der Zähne und eine Funktionsanalyse sowie sonstige Leistungen, z.B. besondere (Röntgen-) Diagnostik oder spezielle Modellauswertungen.

6. Kindervorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2

Für die beim Arzt durchgeführten Kinder-/Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 werden die Aufwendungen zu 100 % bis max. 50 € je o. g. Vorsorgeuntersuchung erstattet.

III. Für alle erstattungsfähigen Leistungen gilt:

Die Wartezeit beträgt gemäß § 3 AVB für alle Leistungen 3 Monate, für Kieferorthopädie, Zahnersatz, Entbindung und Psychotherapie 8 Monate. Bei Unfällen entfällt die Wartezeit von 3 Monaten. Während der Wartezeit besteht kein Leistungsanspruch.

IV. Serviceleistungen

1. Schnelligkeitsgarantie

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung garantiert eine schnelle Bearbeitung der Leistungsanträge innerhalb von zwei Wochen. Sollte dies nicht innerhalb dieses Zeitraums geschehen, zahlt sie

als „Entschuldigung“ 10 €. Die zwei Wochen zählen ab Posteingang bei der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Feiertage innerhalb dieses Zeitraums verlängern die Frist entsprechend. Voraussetzung hierfür ist lediglich, dass der Leistungsscheck verwendet wird.

2. Gebührenrechtliche Unterstützung

Bei Fragen zum Gebührenrecht bietet die HUK-COBURG-Krankenversicherung Unterstützung bei Streitfragen und bei der Abwehr von ungerechtfertigten Ansprüchen. Auf Wunsch wird die Kommunikation mit den Leistungserbringern wie mit Ärzten oder Krankenhäusern übernommen.

3. Spezialistensuche

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung unterstützt auf Wunsch für Behandlungen im tariflichen Rahmen bei der Suche nach

Behandlungsmöglichkeiten und Ärzten. Ist die Behandlung bei einem von der HUK-COBURG-Krankenversicherung benannten Arzt nur zu Gebührensätzen möglich, die im Rahmen einer Honorarvereinbarung über den Höchstsätzen der Gebührenordnung geregelt werden, so werden diese übernommen.

4. Gesundheitsportal

Unter der Internetadresse www.huk.de können umfassende Informationen rund um das Thema Gesundheit und Aktuelles aus Medizin und Forschung abgerufen werden.

V. Monatsbeiträge

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV)

Gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Erstattungsfähige Höchstbeträge (ohne MwSt. und ohne Material)

Nr.	Leistungspositionen	Preis in €	Nr.	Leistungspositionen	Preis in €
1	Modell	7,42 €	40	Verblendung Composite	82,89 €
2*	Implantatmodell / Spezialmodell	24,20 €	41	Zahnfleisch aus Kunststoff	18,04 €
3	Set-up Modell	12,94 €	42	Zahnfleisch aus Composite	22,46 €
4	Stumpfmmodell / Sägemmodell / Fräsmmodell / Modell nach Überabdruck	17,49 €	43	Verblendung Keramik	108,62 €
5	Doublieren	19,22 €	44	Zahnfleisch aus Keramik	38,94 €
6	Platzhalter einfügen / Verwendung von Kunststoff / Galvanisieren	15,69 €	45	Konditionierung je Zahn / Flügel	15,45 €
7	Set-up	11,84 €	46	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	15,10 €
8	Zahnkranz sockeln	6,38 €	47	Vorbereiten Krone / Krone einarbeiten / Stiftaufbau einarbeiten	15,60 €
9	Zahnkranz	6,04 €	48	Modellation gießen	22,43 €
10	Modellpaar trimmen	11,39 €	49*	Zuschlag Titan je Krone oder Brückenglied	19,59 €
11	Einstellen in Mittelwertartikulator / Montage in den Mittelwertartikulator oder Fixator	10,91 €	50*	Zuschlag Titan Teleskopkrone	38,04 €
12*	Remontage / Remontage-Modell	29,96 €	51*	Steg	110,63 €
13*	Modellmontage in indiv. Artikulator	16,14 €	52*	Steglasche / Stegreiter	58,78 €
14	Modellpaar sockeln	28,88 €	53*	Steggeschiebe individuell	122,15 €
15*	Montage eines Gegenkiefermodells	9,21 €	54	Individuelles Geschiebe / Ankerbandklammer / Rillen-Schulter-Geschiebe	243,83 €
16*	Einstellen nach Registrat	9,21 €	55*	Primär- / Sekundärteil: indiv. Geschiebe, Ankerbrücke, Ankerklammer, Rillenschulter	124,47 €
17	Basis für Konstruktionsbiss	13,44 €	56	Konfektionsgeschiebe / Konfektionsanker	120,86 €
18	Basis für Vorbissmaßnahme	10,76 €	57	Konfektionsgelenk / Konfektions-Riegel	120,86 €
19	Basis für Autopolymerisat / individueller Löffel, auch bei Implantatversorgung / Funktionslöffel / Basis für Bissregulierung / Stützstiftregistrierung	25,45 €	58	Primär- / Sekundärteil: Konfektionsgeschiebe, Konfektionsanker, Konfektionsgelenk, Konfektionsriegel	80,39 €
20	Bisswall	7,31 €	59	Sekundärteil wiederbefestigen, auch durch Lötten	80,39 €
21	Registrierplatte und -stift auf Basen	32,65 €	60*	Friktionsstift / Federbolzen / Schrauben / Bolzen	44,94 €
22	Übertragungskappe	27,96 €	61	Gefrästes Lager	59,35 €
23	Provisorische Krone oder Brückenglied	37,30 €	62	Schubverteilungsarm	59,81 €
24	Formteil	20,21 €	63*	Riegel individuell	210,90 €
25*	Inlay einflächig	102,57 €	64*	Riegel wiederherstellen bei Reparatur	129,06 €
26*	Inlay zweiflächig	114,08 €	65	Metallverbindung nach Brand bei Reparaturen	32,49 €
27*	Inlay drei- / mehrflächig	125,61 €	66	Metallbasis	158,36 €
28*	Keramikinlay, 1-, 2- oder mehrflächig	165,94 €	67	gegossene Klammern: einarmige Klammer / Inlayklammer / fortlaufende Klammer / Bonyhardklammer / Kralle / Ney-Stiel / Auflage / Umgebungsbügel	13,55 €
29*	Gussonlay	210,90 €	68	zweiarmige Klammer / Approximalklammer / Ringklammer / Rücklaufklammer / Bonyhardklammer Gegenlager / Doppelbogenklammer	24,83 €
30*	Veneer / Verblendschale	177,47 €	69	zweiarmige Klammer, Auflage / Approximalklammer, Auflage / Ringklammer, Auflage / Rücklaufklammer, Auflage / Bonyhardklammer, Auflage / Überwurfklammer, Auflage	33,53 €
31	Stiftaufbau	61,60 €	70	Bonwillklammer	61,20 €
32	Vollkrone Metall / Vollkrone Stufenpräparation / Krone für Kunststoffverblendung / Teilkrone Metall / Krone auf Implantat	93,66 €			
33	Wurzelstiftkappe	87,15 €			
34	Flügel für Adhäsivbrücke	91,66 €			
35*	vollkeramische Krone / Brückenglied, z. B. Zirkon, inkl. Verblendung, jeweils auch auf Implantat	182,07 €			
36	Brückenglied	67,01 €			
37	Teleskopierende Krone bei Neuversorgung	291,02 €			
38	Teleskopierende Primär- oder Sekundärkrone, nur bei Reparaturen	194,73 €			
39	Verblendung Kunststoff	66,56 €			



HUK-COBURG
Krankenversicherung

Nr.	Leistungspositionen	Preis in €
71	gebogene Klammern: Einarmige Klammer / Inlay-klammer / Interdental-Knopfklammer / Approximal-klammer, Auflage / Bonyhardklammer	11,04 €
72	zweiarmige Klammer, Auflage / Bonyhardklammer, Auflage / Überwurfklammer / Doppelbogenklammer	18,67 €
73	Rückenschutzplatte / Metallzahn / Metallkaufäche	44,30 €
74	Lösungsknopf für Friktionsprothese	12,82 €
75	Abschlussrand	20,43 €
76	Zuschlag einzelne Klammer	21,20 €
77	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	33,34 €
78	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,00 €
79	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,27 €
80	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	1,65 €
81	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	56,00 €
82	Fertigstellung je Zahn	3,61 €
83	Weichkunststoff / Sonderkunststoff ZE inkl. Material	60,49 €
84	Herstellung eines Zahns aus zahnfarbenem Kunststoff	25,36 €
85	Zahn zahnfarben hinterlegt	13,28 €
86	Aufbiss-Schiene / Knirscherschiene / Bissführungsplatte / Schiene mit adjustierter Oberfläche	148,89 €
87	Miniplastschiene / Retentionsschiene	88,37 €
88	Verband- / Verschlussplatte / Aufbissbehelf o. adjustierter Oberfläche	88,37 €
89	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	61,45 €
90	Festsitzende Schiene aus Metall mit adjustierter Oberfläche je Zahn	52,82 €
91*	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche je Zahn	24,20 €
92	Basis Einzelkiefergerät	68,21 €
93	Basis bimaxilläres Gerät / FKO / Positioner	144,11 €
94	Schiefe Ebene	57,17 €
95	Vorhofplatte	74,92 €
96	Kinnkappe	66,97 €
97	Aufbiss	13,44 €
98	Abschirmelement	22,79 €
99	Weichkunststoff (KFO) + Verarbeitung	59,78 €
100	Schraube einarbeiten	20,51 €
101	Spezialschraube einarbeiten	30,42 €
102	Trennen einer Basis	8,47 €
103	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	26,19 €
104	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen / modifiziert	35,48 €
105	Labialbogen, intermaxillär	40,32 €
106	Feder, offen	11,55 €
107	Feder, geschlossen	14,75 €
108	Verbindungselement intramaxillär	30,42 €
109	Verbindungselement intermaxillär	33,63 €
110	Verankerungselement	27,85 €
111	Einzelelement einarbeiten	14,42 €
112	Metallverbindung KFO	20,17 €
113	einarmiges Halte- oder Abstützelement	12,50 €
114	mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement	21,42 €
115	Grundeinheit für Instandsetzung und / oder Erweiterung einer FKO-Basis	23,31 €

Nr.	Leistungspositionen	Preis in €
116	Leistungseinheit Dehn- / Regulierungselement	9,66 €
117	Leistungseinheit Erneuerung eines Elementes / intermaxillär	16,81 €
118	Remontieren eines KFO-Gerätes ohne Kunststoffbasis	60,86 €
119	Retention gebogen	45,79 €
120	Retention gegossen	56,07 €
121	KFO-Basis erneuern	85,08 €
122	Grundeinheit für Instandsetzung und / oder Erweiterung für Zahnersatz	21,61 €
123	Leistungseinheit Sprung / Bruch / Einarbeiten Zahn / Basisteil Kunststoff / Klammer einarbeiten / Rückenschutzplatte / Kunststoffsaattel	9,30 €
124	Gegossenes Basisteil / Retentionsgitter	77,47 €
125	Metallverbindung	23,83 €
126	Teilunterfütterung	39,95 €
127	Vollständige Unterfütterung	63,46 €
128	Prothesenbasis erneuern	77,65 €
129	Auswechseln von Konfektionsteilen	13,59 €
130	Kronen- oder Brückenreparatur	39,94 €
131	Versandkosten	6,32 €
Implantatpositionen		
132*	Zahnfleischmaske Grundeinheit je Kiefer	32,27 €
133*	Zahnfleischmaske je Zahn	5,76 €
134*	Implantatmodell	24,20 €
135*	Modellimplantat repositionieren / Hilfsteil in Abdruck	13,82 €
136*	indiv. angefertigter Aufbau (Abutment) / Abändern des Implantataufbaus / Aufwand je Suprastruktur (1 x pro Implantat)	104,87 €
137*	Röntgenschablone inkl. Röntgenkugeln	46,09 €
138*	Implantatschablone / Bohrschablone inkl. Bohrhülsen	69,15 €
139*	Übertragungsschlüssel Pattern / Einbringhilfe (1 x pro Implantat)	42,64 €
UKPS-Positionen		
140	Modell UKPS	26,35 €
141	Doublieren eines Modells UKPS	19,22 €
142	Fixator UKPS	24,95 €
143	Mittelwertartikulator UKPS	24,95 €
144	Vorbereiten Bissgabel UKPS	22,30 €
145	Individueller Löffel UKPS	39,77 €
146	Basen UKPS	285,59 €
147	Vestibuläre Protrusionsgleitflächen UKPS	29,75 €
148	Befestigungselement Protrusionselement UKPS	27,09 €
149	Protrusionselement UKPS	27,09 €
150	Befestigungselement Mundöffnungsbegrenzungselement UKPS	11,04 €
151	Einfaches gebogenes Halteelement UKPS	11,04 €
152	Teilunterfütterung Basis UKPS	55,22 €
153	Grundeinheit Instandsetzung und / oder Erweiterung UKPS	116,08 €
154	LE Erneuerung Basis UKPS	142,80 €
155	LE Sprung / Bruch UKPS	22,07 €
156	LE Basisteil Kunststoff UKPS	12,37 €
157	LE Halte- und / oder Stützvorrichtung einarbeiten UKPS	9,57 €
158	Versandkosten UKPS	16,61 €

Die Höhe der erstattungsfähigen Höchstbeträge wird fortlaufend aktualisiert, evtl. Veränderungen des BEL nach 04/2023 sind noch nicht berücksichtigt.

*Diese Leistungspositionen sind nicht im BEL (Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis) verankert.