

Krankheitskosten- versicherung



Barmenia
Krankenversicherung AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif NGA

für ambulante Heilbehandlung

Tarif NGM

für Arznei- und Verbandmittel bei ambulanter Heilbehandlung

Tarif NGS

für ambulante Operationen und stationäre Heilbehandlung (Grundschatz für die allgemeine Pflegeklasse)

Tarif NST

für stationäre Heilbehandlung (Wahlleistungen, privatärztliche Behandlung und Zweibettzimmer)

Tarif NGB

für Hilfsmittel, Sanatoriumskuren und sonstige Kuren sowie für Zahnbehandlung und Zahnersatz

Stand 01.01.2023

Die nachstehenden **Tarife** sind als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 11).

Inhaltsübersicht

Seite

1. Leistungen

Tarif NGA: Ersatz von Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
1.2 Höhe der Leistungen	3
Tarif NGM: Ersatz von Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel bei ambulanter Heilbehandlung	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	3
1.2 Höhe der Leistungen	3
Tarif NGS: Ersatz von Aufwendungen für ambulante Operationen und stationäre Heilbehandlung (Grundschatz für die allgemeine Pflegeklasse)	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	3
1.2 Höhe der Leistungen	3
Tarif NST: Ersatz von Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (Wahlleistungen privatärztliche Behandlung und Zweibettzimmer)	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	3
1.2 Höhe der Leistungen	3
Tarif NGB: Ersatz von Aufwendungen für Hilfsmittel, Sanatoriumskuren und sonstige Kuren sowie für Zahnbehandlung und Zahnersatz	
1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	4
1.2 Höhe der Leistungen	4
2. Beiträge	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	5
4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
4.1 Der Versicherungsschutz	5
4.3 Ende der Versicherung	5

Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet. Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen Abschnitte in diesem Tarifdruckstück nicht unbedingt fortlaufend ist.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

Tarif NGA: Ersatz von Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Ambulante Heilbehandlung

Bei einer ambulanten Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Entbindung oder Fehlgeburt - jedoch nicht bei Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung - fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- a) Beratungen, Besuche und Verrichtungen;
- b) Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- c) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen.

1.12 Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegefachkräfte, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen durchführen kann.

Unter den Versicherungsschutz fallen

- Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlechterung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege). Dazu zählen insbesondere auch medizinisch diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege;
- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung für die Dauer von bis zu vier Wochen, soweit die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausvermeidungspflege) erbracht wird.
- Leistungen der Unterstützungspflege. Die Unterstützungspflege umfasst Leistungen aus der häuslichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, soweit für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Unterstützungspflege kann für die Dauer von bis zu vier Wochen je Krankheitsfall wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit verordnet werden, insbesondere nach einem krankheits- oder unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.

1.13 Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es besteht eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann,
- die Behandlung erfolgt im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt und
- es besteht eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15%.

Eine Kinderwunschbehandlung ist sehr kostenintensiv. Wir empfehlen Ihnen deshalb eine Klärung Ihrer Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Spermienzellen sowie für die dazugehörigen Maßnahmen, wenn zum Beispiel bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).

1.14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

1.15 Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht. Diese sind dazu bestimmt, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Voraussetzung ist, dass die digitale Gesundheitsanwendung

- von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder
- durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird.

Der Versicherer ersetzt nicht die Aufwendungen für den Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendungen. Dazu zählen zum Beispiel die Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden je nach Leistungsstufe zwischen 90 % (Leistungsstufe 90) und 5 % (Leistungsstufe 05) ersetzt.

Tarif NGM: Ersatz von Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel bei ambulanter Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Bei einer ambulanten Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden je nach Leistungsstufe zwischen 90 % (Leistungsstufe 90) und 5 % (Leistungsstufe 05) ersetzt.

Tarif NGS: Ersatz von Aufwendungen für ambulante Operationen und stationäre Heilbehandlung (Grundsatz für die allgemeine Pflegeklasse)

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Ambulante Operationen

Bei einer ambulanten Operation fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:

- a) ärztliche Assistenz und Narkose;
- b) Operationen;
- c) Operationsnebenkosten (Verbandmittel, Operationsaalbenutzung).

Als ambulante Operationen gelten alle chirurgischen Verrichtungen, die mit Anästhesieleistungen verbunden sind.

1.12 Stationäre Heilbehandlung

Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung - jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung - sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus. Versicherungsschutz besteht auch für stationäre Hospizleistungen.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) allgemeine Krankenhausleistungen;
- b) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
- c) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
- d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Ferner fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für die Übergangspflege im Krankenhaus für einen Zeitraum von längstens 10 Tagen, je Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass die Übergangspflege im Krankenhaus:

- unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt,
- in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgte und
- keine erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbracht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden je nach Leistungsstufe zwischen 100 % (Leistungsstufe 00) und 5 % (Leistungsstufe 05) ersetzt.

Tarif NST: Ersatz von Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (Wahlleistungen privatärztliche Behandlung und Zweibettzimmer)

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung sowie für Behandlung - jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen, die über den Rahmen des Tarifs NGS bzw. über die Leistungen einer privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und zwar für:

- a) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer (bei Unterkunft im Einbettzimmer die Aufwendungen, die im Zweibettzimmer entstanden wären);
- b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden je nach Leistungsstufe zwischen 100 % (Leistungsstufe 00) und 5 % (Leistungsstufe 05) ersetzt.

Tarif NGB: Ersatz von Aufwendungen für Hilfsmittel, Sanatoriumskuren und sonstige Kuren sowie für Zahnbehandlung und Zahnersatz

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Aufwendungen für Hilfsmittel

Bei einer ambulanten Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für Hilfsmittel, und zwar

- Bandagen;
- Brillen und Kontaktlinsen, erstattungsfähig sind (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker) die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 208,00 EUR für eine Sehhilfe. Bei einer Sehschwäche von mindestens 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50 %. Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von zwei Jahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe nur bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien;
- Bruchbänder;
- orthopädische Schuhe, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 260,00 EUR pro Jahr;
- Einlagen;
- Gummistrümpfe;
- Hörgeräte, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 624,00 EUR;
- elektronische Kehlköpfe;
- Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen;
- Geh- und Stützapparate;
- Kunstaugen;
- Krankenfahrstühle, erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.040,00 EUR.

1.12 Aufwendungen für Kurbehandlung

1.121 Vorbemerkung

Die medizinische Notwendigkeit der Kur ist durch ein ärztliches Gutachten vor Beginn der Kur nachzuweisen. Die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer.

Die Aufwendungen für Kuren sind höchstens für eine Kur innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum beginnt mit dem Kalenderjahr, in dem die letzte Kur begonnen hat, für die Leistungen gezahlt wurden.

1.122 Aufwendungen für Sanatoriumskuren

Bei einer Kur in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Heilmittel und Kurtaxe.

1.123 Aufwendungen für sonstige Kuren

Bei einer sonstigen Kur in einem Bade- oder Kurort (ohne Sanatoriumsaufenthalt) fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Arzneimittel und Heilmittel.

1.13 Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:

- a) Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mund

schleimhaut und des Parodontiums) sowie die in der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung genannten zahnprophylaktischen Leistungen;

- b) Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stifzähne, Brücken, Kronen, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen;
- c) Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 Vorbemerkung

Die Leistungshöhe wird durch die vereinbarte Leistungsstufe bestimmt.

1.22 Aufwendungen für Hilfsmittel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.11 werden je nach Leistungsstufe zwischen 90 % (Leistungsstufe 90) und 5 % (Leistungsstufe 05) ersetzt.

1.23 Aufwendungen für Sanatoriumskuren

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.122 werden je Tag wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 90	bis zu	46,80 EUR;
nach Leistungsstufe 85	bis zu	44,20 EUR;
nach Leistungsstufe 80	bis zu	41,60 EUR;
nach Leistungsstufe 75	bis zu	39,00 EUR;
nach Leistungsstufe 70	bis zu	36,40 EUR;
nach Leistungsstufe 65	bis zu	33,80 EUR;
nach Leistungsstufe 60	bis zu	31,20 EUR;
nach Leistungsstufe 55	bis zu	28,60 EUR;
nach Leistungsstufe 50	bis zu	26,00 EUR;
nach Leistungsstufe 45	bis zu	23,40 EUR;
nach Leistungsstufe 40	bis zu	20,80 EUR;
nach Leistungsstufe 35	bis zu	18,20 EUR;
nach Leistungsstufe 30	bis zu	15,60 EUR;
nach Leistungsstufe 25	bis zu	13,00 EUR;
nach Leistungsstufe 20	bis zu	10,40 EUR;
nach Leistungsstufe 15	bis zu	7,80 EUR;
nach Leistungsstufe 10	bis zu	5,20 EUR;
nach Leistungsstufe 5	bis zu	2,60 EUR.

1.24 Aufwendungen für sonstige Kuren

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.123 werden je Kur wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 90	bis zu	468,00 EUR;
nach Leistungsstufe 85	bis zu	442,00 EUR;
nach Leistungsstufe 80	bis zu	416,00 EUR;
nach Leistungsstufe 75	bis zu	390,00 EUR;
nach Leistungsstufe 70	bis zu	364,00 EUR;
nach Leistungsstufe 65	bis zu	338,00 EUR;
nach Leistungsstufe 60	bis zu	312,00 EUR;
nach Leistungsstufe 55	bis zu	286,00 EUR;
nach Leistungsstufe 50	bis zu	260,00 EUR;
nach Leistungsstufe 45	bis zu	234,00 EUR;
nach Leistungsstufe 40	bis zu	208,00 EUR;
nach Leistungsstufe 35	bis zu	182,00 EUR;
nach Leistungsstufe 30	bis zu	156,00 EUR;
nach Leistungsstufe 25	bis zu	130,00 EUR;
nach Leistungsstufe 20	bis zu	104,00 EUR;
nach Leistungsstufe 15	bis zu	78,00 EUR;
nach Leistungsstufe 10	bis zu	52,00 EUR;
nach Leistungsstufe 5	bis zu	26,00 EUR.

1.25 Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.13 werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 90.....	zu	67,50 %;
nach Leistungsstufe 85.....	zu	63,75 %;
nach Leistungsstufe 80.....	zu	60,00 %;
nach Leistungsstufe 75.....	zu	56,25 %;
nach Leistungsstufe 70.....	zu	52,50 %;
nach Leistungsstufe 65.....	zu	48,75 %;
nach Leistungsstufe 60.....	zu	45,00 %;
nach Leistungsstufe 55.....	zu	41,25 %;
nach Leistungsstufe 50.....	zu	37,50 %;
nach Leistungsstufe 45.....	zu	33,75 %;
nach Leistungsstufe 40.....	zu	30,00 %;
nach Leistungsstufe 35.....	zu	26,25 %;
nach Leistungsstufe 30.....	zu	22,50 %;
nach Leistungsstufe 25.....	zu	18,75 %;
nach Leistungsstufe 20.....	zu	15,00 %;
nach Leistungsstufe 15.....	zu	11,25 %;
nach Leistungsstufe 10.....	zu	7,50 %;
nach Leistungsstufe 5.....	zu	3,75 %.

Dem Versicherer soll bei Zahnersatz sowie bei Zahn- und Kieferregulierung vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.11 Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, so besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

4.12 Zu § 2 MB/KK 09: Beginn des Versicherungsschutzes

Nach Ablauf eines Jahres - von dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung an gerechnet - wird auch für solche Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten oder erweiterten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern. § 2 (1) Satz 3 MB/KK 09 bleibt unberührt.

4.14 Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten bei Erhöhung des Versicherungsschutzes

Bei einer Erhöhung des Krankheitskosten-Versicherungsschutzes wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten für den höheren Versicherungsschutz angerechnet.

4.15 Zu § 3 (3) MB/KK 09: Besondere Wartezeit
Für Psychotherapie, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung beträgt die besondere Wartezeit sechs Monate.

4.18 Zu § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind deren Gebühren im tariflichen Rahmen bis zum einfachen Satz der gültigen Gebührenverzeichnisse für Heilpraktiker erstattungsfähig.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung nach den Tarifen NGM und NGB

Die Tarife NGM und NGB können nur in Verbindung mit dem Tarif NGA des Versicherers vereinbart werden; das Versicherungsverhältnis endet daher hinsichtlich der Tarife NGM und NGB mit der Beendigung der Versicherung nach dem Tarif NGA.

Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Ziffer 1.1 der Tarife NGA, NGM, NGS und NST sowie nach Ziffer 1.11 des Tarifs NGB werden wie folgt ersetzt:

nach Leistungsstufe 00	zu	100 %;) Nur Tarife
nach Leistungsstufe 95	zu	95 %;) NGS und NST
nach Leistungsstufe 90	zu	90 %;	
nach Leistungsstufe 85	zu	85 %;	
nach Leistungsstufe 80	zu	80 %;	

nach Leistungsstufe 75	zu	75 %;
nach Leistungsstufe 70	zu	70 %;
nach Leistungsstufe 65	zu	65 %;
nach Leistungsstufe 60	zu	60 %;
nach Leistungsstufe 55	zu	55 %;

nach Leistungsstufe 50	zu	50 %;
nach Leistungsstufe 45	zu	45 %;
nach Leistungsstufe 40	zu	40 %;
nach Leistungsstufe 35	zu	35 %;
nach Leistungsstufe 30	zu	30 %;

nach Leistungsstufe 25	zu	25 %;
nach Leistungsstufe 20	zu	20 %;
nach Leistungsstufe 15	zu	15 %;
nach Leistungsstufe 10	zu	10 %;
nach Leistungsstufe 05	zu	5 %.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird hinter den Tarifbezeichnungen NGA, NGM, NGS, NST und NGB die vereinbarte Leistungsstufe vermerkt.

Beispiel: NGA 50 = Tarif NGA, Leistungsstufe 50.