

# TARIFE

der häufigsten erstattungsfähigen Pflegeleistungen

## KONVENTIONIERTER PFLEGEERBRINGER

LIKIV-Nummer :  
ZDU-Nummer :

PFLEGE BESCHREIBUNG		GESAMTBETRAG	LIKIVBETEILIGUNG	SELBSTBETEILIGUNG DES PATIENTEN
Injektion	<b>NV</b>			
Verzeichniskode: 421993	<b>Bim</b>			
Erste individuelle Geburtshilfeleistung	<b>NV</b>			
Verzeichniskode: 428116	<b>Bim</b>			
Individuelle Geburtshilfeleistung	<b>NV</b>			
Verzeichniskode: 428153	<b>Bim</b>			
Individuelle Geburtsvorbereitung	<b>NV</b>			+ Zuschlag <sup>1</sup> :
Verzeichniskode: 428396	<b>Bim</b>			
Gemeinsame Geburtsvorbereitung (Gruppe von 2 bis 5 Schwangeren)	<b>NV</b>			+ Zuschlag <sup>1</sup> :
Verzeichniskode: 428411	<b>Bim</b>			
Nachgeburtliche Überwachung und Betreuung ab dem sechsten Tag nach der Entbindung	<b>NV</b>			
Verzeichniskode: 428514	<b>Bim</b>			

1. Eine konventionierte Hebamme kann für Leistungen im Zusammenhang mit der Geburtsvorbereitung von den Honorarsätzen abweichen.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie jederzeit mit Ihrem Pflegeerbringer Kontakt aufnehmen.



<b>Konventioniert</b>	Ein konventionierter Pflegeerbringer hält die LIKIV-Tarife ein.
<b>NV</b>	Normal Versicherter – Leistungsempfänger ohne erhöhte Kostenbeteiligung
<b>Bim</b>	Person, die Anspruch auf eine höhere LIKIV-Beteiligung hat (Begünstigter der erhöhten Kostenerstattung).
<b>Gesamtbetrag</b>	Höchstbetrag, den Sie für die Pflege bezahlen. Der Gesamtbetrag setzt sich zusammen aus der LIKIV-Beteiligung, der Selbstbeteiligung und den etwaigen Zuschlägen.
<b>LIKIV-Beteiligung</b>	Teil des Tarifs, den die Gesundheitspflegepflichtversicherung übernimmt.
<b>Selbstbeteiligung des Patienten</b>	Maximaler Teil des Tarifs, den Sie übernehmen. Dazu kommen etwaige Zuschläge
<b>Vom Patienten gezahlter Zuschlag</b>	Höchstbetrag, den ein Pflegeerbringer zusätzlich zu dem LIKIV-Tarif anrechnet



### Was bezahlen Sie beim Pflegeerbringer?

Den Gesamtbetrag. Ihre Krankenkasse erstattet Ihnen nachher den Betrag der LIKIV-Beteiligung.  
ODER  
Nur die Selbstbeteiligung und die etwaigen Zuschläge (wenn der Pflegeerbringer das Drittzahler-System anwendet)



Diese Tarife gelten nur für Personen, die in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, die alle Erstattungsvoraussetzungen erfüllen, und wenn diese Erstattungsvoraussetzungen erfüllt sind.

**Sie haben das Recht, alle Informationen über die finanziellen Auswirkungen der Pflege zu erheben.**