

Zahnezusatztarif

ZB 90

Ergänzungstarif für zahnärztliche Leistungen,
Kieferorthopädie und professionelle Zahnreinigung

Zahnzusatztarif

Ergänzungstarif für zahnärztliche Leistungen, Kieferorthopädie und professionelle Zahnreinigung

ZB 90

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) umfassen diesen Tarif (Teil III) sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

A	Versicherungsfähigkeit	<p>Nach Tarif ZB 90 sind Personen versicherungsfähig, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.</p> <p>Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung nach Tarif ZB 90 endet für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet.</p>
B	Leistungen des Versicherers	<p>1. Aufwendungen für Zahnbehandlung</p> <p>1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen</p> <p>Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für Zahnbehandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine zahnärztliche Leistungen, • Prophylaktische Leistungen, <ul style="list-style-type: none"> • Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, • Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, • lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, • Füllungen mit plastischem Füllmaterial sowie mit Kompositmaterialien (Kunststoff-Füllungen), • Fissurenversiegelungen, • Endodontische Behandlungen/Wurzelbehandlungen, • Chirurgische Leistungen (z. B. Wurzelspitzenresektion), • Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums/Parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime) <p>einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z. B. Anästhesieleistungen/Röntgendiagnostik) soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.</p> <p><u>Nicht als Zahnbehandlung</u> gelten alle Aufwendungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen (Einlagefüllungen/Inlays, Zahnkronen jeder Art/Veneers/Onlays, prothetische Leistungen, provisorische und langzeitprovisorische Versorgung, Reparaturen von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, implantologische Leistungen (inkl. knochenaufbauender, augmentativer Maßnahmen)) durchgeführt werden.</p> <p>1.2 Erstattungshöhe</p> <p>Die nach Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus 1.1 ergeben, werden zu</p> <p style="text-align: center;">90%</p> <p>ersetzt.</p> <p>Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, gilt dieser gleichfalls als Vorleistung der GKV.</p>

2. Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung

Aufwendungen für professionelle Zahnreinigungsmaßnahmen werden kalenderjährlich bis zu **50,- EUR** erstattet.

Bestehen Erstattungsansprüche für professionelle Zahnreinigung aus weiteren Tarifen bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, treten diese in Vorleistung.

3. Aufwendungen für Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen

3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für:

- kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,
- kieferorthopädische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Rahmen der ortsüblichen Preise berechnet sind.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Kosmetische Verlangensleistungen inkl. der hierdurch veranlassten Materialkosten sind nicht erstattungsfähig.

3.2 Erstattungshöhe

Die Erstattung ist vom Leistungsanspruch gegenüber der GKV abhängig und für die gesamte Vertragsdauer entweder ausschließlich gemäß 3.2.1 oder ausschließlich gemäß 3.2.2 möglich.

3.2.1 Kieferorthopädische Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV (KIG* 1–2)

Sofern die GKV für die kieferorthopädische Behandlung grundsätzlich keine Leistungen vorsieht, da die Zahn-/Kieferfehlstellung einer Einstufung in KIG* 1 oder 2 entspricht, werden die nach Vorleistung anderer Kostenträger **verbleibenden** medizinisch notwendigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus 3.1 ergeben, zu

90%

ersetzt.

Die Erstattung ist für die gesamte Vertragsdauer je versicherte Person auf eine Höhe von **insgesamt 2.500,- EUR** begrenzt.

3.2.2 Kieferorthopädische Behandlung mit Leistungsanspruch gegenüber der GKV (KIG* 3–5)

Sofern die GKV für die kieferorthopädische Behandlung grundsätzlich Leistungen vorsieht, da die Zahn-/Kieferfehlstellung einer Einstufung in KIG* 3–5 entspricht, werden die nach Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger **verbleibenden** medizinisch notwendigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus 3.1 ergeben, zu

90%

ersetzt.

Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, gilt dieser gleichfalls als Vorleistung der GKV.

Die Erstattung ist für die gesamte Vertragsdauer je versicherte Person auf eine Höhe von **insgesamt 1.000,- EUR** begrenzt.

Nicht erstattet wird der Eigenanteil, der dadurch entsteht, dass die versicherte Person eine zu Lasten der GKV durchgeführte kieferorthopädische Maßnahme nicht beendet.

4. Erstattungsvoraussetzungen

Ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV und/oder anderen Kostenträgern ist in vollem Umfang vorab in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen.

Bei Vorleistung der GKV ist jeweils eine Kopie der spezifizierten Gesamtrechnung mit Erstattungsvermerk der Krankenkasse vorzulegen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

Wir empfehlen, vor Beginn der eigentlichen Behandlungsmaßnahme einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

* Kieferorthopädische Indikationsgruppen – Befundbezogenes Einteilungsschema der GKV zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs.

C Anpassung des Versicherungsschutzes

Änderungen der Zahnbehandlungs- oder Kieferorthopädieversorgung der GKV gelten als Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 2009 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können. Dabei spiegelt das Ausmaß einer gegebenenfalls notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Änderung der erstattungsfähigen Leistungen wider.

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung in Tarif ZB 90 auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.