

1. Allgemeine Grundsätze

- 1.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?
- 1.2 Gibt es ein bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis?
- 1.3 Sind die Leistungen in den ersten Jahren begrenzt?
- 1.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?
- 1.5 Können Deutsche versichert werden, die im grenznahen Ausland wohnen, sich aber in Deutschland behandeln lassen wollen (sog. „Grenzgänger“)?
- 1.6 Sieht der Tarif die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?
- 1.7 Leistet die Versicherung auch bei einer Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung?
- 1.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?
- 1.9 Können bei Kindern und Erwachsenen auch die Zahnlücken mitversichert werden, die noch entstehen werden, weil bleibende Zähne nicht angelegt sind?
- 1.10 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn bei Antragstellung bereits eine Behandlungsmaßnahme läuft oder angeraten ist?
- 1.11 Was passiert, wenn vorhandene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht in Anspruch genommen werden?
- 1.12 Gelten die heute genannten Leistungen auch dann noch, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zuschüsse im Zahnbereich zukünftig weiter streichen sollte?
- 1.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?
- 1.14 Gibt es Besonderheiten?

2. Zahnbehandlung

- 2.1 Allgemein
- 2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?
- 2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?
- 2.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Parodontosebehandlungen vor?
- 2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?
- 2.7 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?
- 2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbissschienen vor?

3. Zahnersatz

- 3.1 Allgemein
- 3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?
- 3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?
- 3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?
- 3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Verblendungen vor?
- 3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?
- 3.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen vor?

4. Kieferorthopädie

- 4.1 Allgemein
- 4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

5. Verfahrensweise im Leistungsfall und Ihre Ansprechpartner

- 5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)
- 5.2 Erstattung von Behandlungsrechnungen
- 5.3 Änderung der Kundendaten
- 5.4 Ihre Ansprechpartner bei ACIO

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* kann beantragt werden, wenn eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder Anspruch auf freie Heilfürsorge besteht.

I.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

I.2 Gibt es ein bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis?

Nein, es gibt kein bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis. Die *Bayerische* berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen auf der Basis der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) der privaten Krankenkassen bzw. nach angemessenen Preisen.

Damit werden von der *Bayerischen* höhere Leistungen anerkannt als von den Zahnzusatzversicherungen, die Material- und Laborkosten ausschließlich auf Basis des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL II) der gesetzlichen Krankenkassen erstatten.

I.3 Sind die Leistungen in den ersten Jahren begrenzt?

Ja, in den ersten vier Versicherungsjahren gilt bei keinem oder einem fehlenden Zahn eine Begrenzung von insgesamt:

- 1.250 EUR Erstattungsbetrag im ersten Kalenderjahr
- 2.500 EUR Erstattungsbetrag in den ersten beiden Kalenderjahren
- 3.750 EUR Erstattungsbetrag in den ersten drei Kalenderjahren
- 5.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten vier Kalenderjahren

Die Begrenzungen entfallen bei dem Behandlungsbedarf, der nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist. Ab dem fünften Versicherungsjahr stehen die Leistungen ohne Begrenzung zur Verfügung.

Bei zwei oder drei fehlenden Zähnen gilt eine Begrenzung von insgesamt:

- 300 EUR Erstattungsbetrag im ersten Kalenderjahr
- 600 EUR Erstattungsbetrag in den ersten beiden Kalenderjahren
- 900 EUR Erstattungsbetrag in den ersten drei Kalenderjahren
- 1.200 EUR Erstattungsbetrag in den ersten vier Kalenderjahren

Die Begrenzungen entfallen auch hier bei dem Behandlungsbedarf, der nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist. Ab dem fünften Versicherungsjahr stehen die Leistungen ohne Begrenzung zur Verfügung.

I.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Ja, die Mindestversicherungsdauer beträgt 24 Monate. Im Anschluss verlängert sich der Vertrag um weitere zwölf Monate, wenn Sie den Vertrag nicht kündigen. Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer können Sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Versicherungsablauf kündigen.

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

- I.5 Können Deutsche versichert werden, die im grenznahen Ausland wohnen, sich aber in Deutschland behandeln lassen wollen (sog. „Grenzgänger“)?**

Nein, Personen, die nicht in Deutschland wohnen, können sich nicht im Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* versichern.

- I.6 Sieht der Tarif die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?**

Der Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt 14 Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 15., 20., 30., 40., 45., 50., 55., 60., 65., 70., 75., 80. und 85. Lebensjahr vollenden, bezahlen dann den in der Beitragstabelle genannten und der jeweiligen Altersgruppe zugeordneten Neubeitrag. Beitragsanpassungen aufgrund veränderter Rahmenbedingungen sind ergänzend möglich.

- I.7 Leistet die Versicherung auch bei einer Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung?**

Wird eine Behandlung von Ärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt, haben Sie die selben Leistungsansprüche. Da Sie aber Ihnen zustehende Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (Festkostenzuschuss) nicht in Anspruch genommen haben, wird der Erstattungsanspruch pauschal um 40 % gekürzt. Diese Summe würde als fiktive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse angerechnet und von den tariflichen Leistungen der *Bayerischen* abgezogen.

- I.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?**

Ja, in der Summe können bis zu drei fehlende, nicht ersetzte Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken, für die zukünftig medizinisch notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz mitversichert werden.

Fehlen mehr als drei Zähne, wird der Antrag von der *Bayerischen* abgelehnt.

- I.9 Können bei Kindern und Erwachsenen auch die Zahnlücken mitversichert werden, die noch entstehen werden, weil bleibende Zähne nicht angelegt sind?**

Besteht zum Zeitpunkt der Antragstellung keine Zahnlücke und ist gleichwohl eine Nichtanlage von bleibenden Zähnen (z. B. über ein Röntgenbild) bekannt, ist dies ohne Einschränkung versicherbar.

Sollten allerdings schon Zähne fehlen (und kein physiologischer Lückenschluss bestehen), denen aufgrund der Nichtanlage keine bleibenden Zähne folgen, gelten diese als fehlend im Sinne der Tarifbedingungen. Sie müssen deshalb wie (aktuell) fehlende Zähne im Erwachsenen-Gebiss unter Berücksichtigung der Leistungsstaffel (s. Punkt I.3) mitversichert werden.

- I.10 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn bei Antragstellung bereits eine Behandlungsmaßnahme läuft oder angeraten ist?**

Nein, die *Bayerische* vereinbart in einem solchen Fall keine Leistungsausschlüsse. Die *Bayerische Beamten Versicherung AG* hat bereits in den Versicherungsbedingungen (§ 2 Abs. I AVB) die pauschale Regelung zum Leistungsausschluss aufgenommen.

Wenn bei Antragstellung bereits eine Zahnbehandlungsmaßnahme (nicht die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen) oder eine Zahnersatzmaßnahme medizinisch notwendig, angeraten oder geplant ist, dann ist diese bereits vor Antragstellung medizinisch notwendig gewordene Behandlungsmaßnahme generell nicht mitversichert.

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

1.11 Was passiert, wenn vorhandene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht in Anspruch genommen werden?

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten heute einen Festkostenzuschuss für jeden zu Zahnersatz führenden zahnmedizinischen Befund. Den Zuschuss erhalten Sie seit 2005 auch dann, wenn Sie sich für eine Versorgungsform (z. B. Implantat) entscheiden, die eigentlich keine Kassenleistung wäre. Der entsprechende und heute noch ausgezahlte Festkostenzuschuss ist in jedem Fall in Anspruch zu nehmen, andernfalls erfolgt eine theoretische Anrechnung dessen, was die gesetzliche Krankenkasse gezahlt hätte. Dies sind pauschal 40 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Um diese Anrechnungssummen würde die Auszahlung der *Bayerischen* heute gekürzt, wenn Sie den Festkostenzuschuss nicht in Anspruch nehmen.

1.12 Gelten die heute genannten Leistungen auch dann noch, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zuschüsse im Zahnbereich zukünftig weiter streichen sollte?

Nein, Leistungen aus dem Tarif *Die Bayerische ZAHN Prestige* stehen nur nach einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse zur Verfügung. Der Tarif ist daher nicht uneingeschränkt reform- und zukunftstauglich.

1.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Nein, für den Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* besteht keine Verpflichtung, der *Bayerischen* vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wir empfehlen Ihnen jedoch, vor jeder Inlay- und Zahnersatzbehandlung sowie bei jeder Zahn- und Kieferregulierungsmaßnahme vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen und die Kostenübernahme abzustimmen. Für eine Kunststofffüllung oder professionelle Zahnreinigung müssen Sie keinen Heil- und Kostenplan einreichen.

1.14 Gibt es Besonderheiten?

Ja, unter den Versicherungsschutz fallen auch die im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlungs- oder Zahnersatzmaßnahme stehenden Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung. Hierzu zählen

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf)
- Vollnarkose
- Lachgas-Sedierung
- Akupunktur
- Hypnose

Bei Wahl einer Vollnarkose ist zudem ein fachärztliches Attest zur medizinischen Notwendigkeit erforderlich. Je Kalenderjahr werden die genannten Aufwendungen mit zu 100 % bis zu 200 EUR bezuschusst.

2. ZAHNBEHANDLUNG

2.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Im Tarif *ZAHN Prestige* der *Bayerischen* besteht keine Wartezeit. Leistungen für Kunststofffüllungen, Zahnreinigung, Zahnprophylaxe sowie Zahnbehandlung (dazu zählen Parodontose- und Wurzelkanalbehandlungen), können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Zahnprophylaxemaßnahmen
- Wurzelbehandlungen
- Parodontosebehandlungen
- Kunststofffüllungen
- Aufbissschienen

2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Für Wurzelkanalbehandlungen werden 100 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Teile der Behandlungsmaßnahmen übernimmt, erstattet der Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* die Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung ist im Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnungsziffer 0120 in Verbindung mit Ziffer 2410 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bei entsprechender Begründung bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen im Bereich **Wurzelkanalbehandlung** die Kosten für die Zähne im Frontzahnbereich, sofern der Wurzelkanal, nach Einschätzung Ihres Zahnarztes, vollständig aufbereitet werden kann.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Zähne im Seitenzahnbereich nur dann, wenn folgendes möglich ist:

- eine geschlossene Zahnreihe zu erhalten
- eine einseitige Freiendsituation zu vermeiden
- bestehenden funktionstüchtigen Zahnersatz zu erhalten

Wenn keiner dieser Punkte zutrifft, leistet die gesetzliche Krankenkasse nur für die Entfernung des behandlungsbedürftigen Zahns, nicht aber für die Wurzelkanalbehandlung. Die Kosten einer privat bezahlten Wurzelkanalbehandlung können, abhängig von der Anzahl, der Aufbereitungen und der Wurzelkanäle zwischen 800 und 1200 EUR liegen.

Wenn einer der Punkte zutrifft, leistet die gesetzliche Krankenkasse. Aber auch in diesen Fällen werden die Mehrkosten für die Arbeiten mit Lupenbrille oder Operationsmikroskop und die Kosten für die maschinelle Aufbereitung des Wurzelkanals mit hochflexiblen Wurzelkanalinstrumenten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

2.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Parodontosebehandlungen vor?

Für Parodontosebehandlungen werden 100 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Teile der Behandlungsmaßnahmen übernimmt, erstattet der Tarif *Die Bayerische ZAHN Prestige* die Restkosten.

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung ist im Tarif *Die Bayerische ZAHN Prestige* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnungsziffer 0120 in Verbindung mit den Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 und 4133 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bei entsprechender Begründung bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen die Kosten für **Parodontitisbehandlungen** ab einer Taschentiefe von 3,5 mm und mehr. Dies bedeutet, dass sich das Zahnfleisch bereits auf einer Strecke von 3,5 mm vom Zahn/Zahnfleisch gelöst hat. In den so entstandenen Zahnfleischtaschen sammeln sich Bakterien, die zu einem Fortschreiten der Parodontitis führen. Daher kommt die Leistung der gesetzlichen Krankenkassen nach Ansicht vieler Zahnärzte zu spät. Zahnärzte raten schon frühzeitig zur Einleitung von Gegenmaßnahmen und sehen eine medizinische Notwendigkeit zur Behandlung bereits ab Taschentiefen von 1,5 mm gegeben.

2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?

Für Kunststofffüllungen an bleibenden Zähnen werden 100 % des Rechnungsbetrages erstattet. Die Anzahl der erstattungsfähigen Kunststofffüllungen ist nicht begrenzt. Die Füllungen sind nach den Gebührenordnungsziffern 2060, 2080, 2100 und 2120 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Für Kinder erstattet die *Bayerische* auch Kunststofffüllungen an Milchzähnen.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** leisten sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen nur im Frontzahnbereich für **Kunststofffüllungen**. Im Seitenzahnbereich haben Sie nur Anspruch auf eine Amalgamfüllung. Wenn Sie auf eigene Kosten eine Kunststofffüllung wählen (Kosten ca. 80 bis 150 EUR), erstattet Ihre gesetzliche Krankenkasse nur den Betrag, der für eine vergleichbare Amalgamfüllung angefallen wäre, d. h. ca. 30 bis 50 EUR. Nur wenn eine medizinisch nachgewiesene Amalgamallergie besteht, leistet eine gesetzliche Krankenkasse auch für Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich.

2.7 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?

Ja, es werden 100 % des Rechnungsbetrages für Zahnprophylaxe erstattet. Pro Kalenderjahr stehen 200 EUR für folgende Maßnahmen zur Verfügung:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ Ziffer 1040)
- Fissurenversiegelung
- Fluoridierung
- Speicheltest zur Keimbestimmung
- Kariesrisikodiagnostik
- Erstattung eines Mundhygienestatus
- Kontrollen des Übungserfolges

Der Betrag von 200 EUR ist exakt passend, wenn Sie zweimal jährlich eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen. Diese kostet nach der Gebührenordnung für Zahnärzte ca. 100 EUR.

Auch für **Kinder** ist eine professionelle Zahnreinigung erstattungsfähig. Darüber hinaus werden auch Fissurenversiegelungen der bleibenden 4er und 5er Zähne übernommen. Sowohl die professionelle Zahnreinigung als auch die Fissurenversiegelung gehören bei der *Bayerischen* zur Rubrik der Prophylaxemaßnahmen. Die Erstattungsleistung für alle Prophylaxemaßnahmen ist pro Jahr auf 200 EUR begrenzt.

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

Die **gesetzlichen Krankenkassen** bezahlen bestimmte **Prophylaxe-Leistungen** bei Kindern vom 6. bis zum 18. Lebensjahr, dazu zählen:

- Mundhygienestatus
- Aufklärung über richtige Putztechnik und zahngesunde Ernährung
- Zahnsteinentfernung
- Fluoridierung
- Fissurenversiegelung der bleibenden Backenzähne (6er und 7er im Ober- und Unterkiefer)

Weitergehende Prophylaxe-Maßnahmen oder gar eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung werden von den gesetzlichen Krankenkassen auch für Kinder nicht erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** bezahlen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal jährlich die Kosten für:

- Zahnsteinentfernung

Weitergehende Prophylaxe-Maßnahmen oder gar eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbissschienen vor?

Für Aufbissschienen außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung leistet der Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* 100 % des Rechnungsbetrages, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt.

Bei Antragstellung vorhandene Aufbissschienen müssen nicht angegeben werden. Reparaturen für vorhandene Aufbissschienen sind für den Zeitraum ab Zustandekommen des Vertrages mitversichert.

Die **Aufbissschiene** ist über die **gesetzliche Krankenkasse** nur abrechenbar

- als Aufbissbehelf aus Kunststoff zur Unterbrechung der Okklusionskontakte, um z. B. das Zähneknirschen zu unterbrechen
- als Bissführungsplatte bei der Versorgung mit Zahnersatz
- als Aufbissschiene bei einer Parodontalerkrankung
- zur Therapie von Kiefergelenkerkrankungen

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht, wenn es sich um höherwertige und umfangreichere Aufbissschienen handelt.

3. ZAHNERSATZ

3.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Im Tarif *ZAHN Prestige* der *Bayerischen* besteht nach Versicherungsbeginn keine Wartezeit. Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen, dazu zählen z. B. Implantate, Inlays, Kronen, Brücken oder Prothesen, können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?

Der Begriff Zahnersatz umfasst:

- Zahnprothesen
- Kronen
- Brücken
- Inlays
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- Implantate
- Verblendungen

Die im Tarif festgelegten Zahnersatzleistungen gelten generell für die medizinisch notwendige Neuanfertigung und für Reparaturen bzw. die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz. Vorhandener und zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns noch intakter Zahnersatz ist für später notwendig werdende Reparaturen, Austausch-, Ersatz- und Erneuerungsmaßnahmen im Rahmen der Tarifleistungen mitversichert.

Die Mitversicherung gilt ausschließlich für bereits vorhandenen festsitzenden Zahnersatz (wie Brücken, Kronen, Implantate etc.). Personen, bei denen ein oder mehrere Zähne durch herausnehmbare Teil- oder Vollprothesen ersetzt wurden, sind im Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* nicht versicherbar.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Kariesbehandlung ist im Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach den Gebührenordnungsziffern 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2150, 2160 und 2170 im Rahmen von § 6 Abs. I der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen.

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Sie erhalten 100 % vom Rechnungsbetrag als Erstattung für eine höherwertige bzw. optimale Versorgung.

Ihr Bonusheft hat bei der Versorgung mit Zahnersatz keinen Einfluss auf die Höhe der Gesamterstattung. Wenn Sie von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse den Bonus 20 oder 30 erhalten, wird diese Bonusleistung auf den Erstattungsbetrag der *Bayerischen* angerechnet, sodass die Gesamterstattung bei 100 % vom Rechnungsbetrag bleibt.

Über die Gewährung des Kassenbonus und die Höhe der Gesamterstattung entscheidet der im Bonusheft dokumentierte Zeitraum (bis fünf Jahre, fünf bis zehn Jahre, zehn Jahre und mehr), der zu dem Zeitpunkt in der Zukunft nachgewiesen werden kann, an dem Ihr Zahnarzt den Heil- und Kostenplan erstellen wird.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** erstatten bei Kronen, Brücken und Prothesen 50 % der Kosten, die für eine ausreichende und zweckmäßige **Grundversorgung mit Zahnersatz** anfallen. Kommt Metall zur Anwendung, so wird eine nichtedelmetallhaltige Legierung zur Berechnung der pauschalen Kosten herangezogen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen für weitere Maßnahmen im Bereich Zahnersatz entnehmen Sie bitte den Punkten 3.5 – 3.8.

3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

100 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Inlays. Im Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* gibt es keine Obergrenze für die Anzahl der Inlays pro Kiefer und auch keine Vorschriften über die zu verwendenden Materialien wie z. B. Kunststoff, Keramik oder Gold. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Bei Inlays handelt es sich um besonders hochwertige, im Regelfall im Zahnlabor angefertigte Füllungen aus Gold

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

oder Keramik. Inlays zählen nach der Definition der **gesetzlichen Krankenkassen** nicht zum Zahnersatz, daher sieht ihr Leistungskatalog auch keinen Festkostenzuschuss für Inlays vor. Sie bekommen lediglich den Betrag erstattet, den Ihre gesetzliche Krankenkasse auch für eine Amalgamfüllung erbracht hätte. Dies sind zwischen 30 und 50 EUR. Die Kosten eines Inlays können zwischen 350 und 600 EUR betragen.

3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Verblendungen vor?

Verblendungen von Kronen und Brücken sind auch im Seitenzahnbereich zu 100 % erstattungsfähig. Die Erstattung gilt sowohl im Unterkiefer als auch im Oberkiefer, sowohl nach rechts als auch nach links, bis einschließlich des jeweils achten Zahns. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** zahlen zahnfarbene **Verblendungen** der Frontzähne und seitliche Verblendungen im Oberkiefer bis zum fünften und im Unterkiefer bis zum vierten Zahn.

3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?

100 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Implantate. Im Tarif *die Bayerische ZAHN Prestige* gibt es keine festgelegte Obergrenze für die Anzahl der Implantate pro Kiefer. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial) sind erstattungsfähig, wenn Sie als Vorbehandlung zu einer nachfolgenden Implantationsmaßnahme gehören.

Implantate gehen weit über die von den **gesetzlichen Krankenkassen** als ausreichend und zweckmäßig eingestufte Grundversorgung hinaus. Die mit Implantaten verbundenen Kosten werden daher nicht erstattet. Die gesetzliche Krankenkasse zahlt lediglich einen Festkostenzuschuss von 50 % ohne Bonus und 60-65 % mit Bonus in der Höhe, die für eine Brücke angefallen wäre.

Chirurgische Leistungen und Materialkosten, die anfallen können, wenn ein Kiefer für die Aufnahme von Implantaten vorbereitet werden muss (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial), werden von den gesetzlichen Krankenkassen ebenfalls nicht erstattet.

3.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen vor?

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn sie in direktem Zusammenhang mit umfangreicheren Zahnersatzmaßnahmen stehen.

Von den **gesetzlichen Krankenkassen** werden funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen nicht erstattet. Bei umfangreichem Zahnersatz können die Kosten dafür 600 bis 800 EUR betragen.

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

4. KIEFERORTHOPÄDIE

4.1 Allgemein

Der Tarif *ZAHN Prestige* der *Bayerischen* sieht Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen vor. Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, für kieferorthopädische Maßnahmen besteht im Tarif *ZAHN Prestige* der *Bayerischen* keine Wartezeit. Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen oder Zahnspangen können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

80 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 2.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit, erhalten Sie als Erstattung für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen, bei denen generell **kein Leistungsanspruch** gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft alle Erwachsenen nach Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Kinder und Jugendliche z. B. bei Einstufung in die kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) 2.

100 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 1.500 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit, erhalten Kinder und Jugendliche für die med. notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen, bei denen **ein Leistungsanspruch** gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft: Kinder und Jugendliche bei Einstufung in die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3, 4 und 5.

Obwohl die gesetzliche Krankenkasse in diesen Fällen vom Rechnungsbeitrag 80 bis 90 % sofort und die restlichen 20 bis 10 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung übernimmt, können immer dann Restkosten verbleiben, wenn während der Behandlung Leistungen aus der sogenannten Mehrkostenvereinbarung in Anspruch genommen werden.

Die *Bayerische* übernimmt bis zu 1.500 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Zusatzleistungen aus der Mehrkostenvereinbarung, ausgenommen sind Aufwendungen für kosmetisch/ästhetische Maßnahmen.

Auch für den Bereich Kieferorthopädie gelten die Summenbegrenzungen der ersten vier Jahre.

Die vorstehenden Ausführungen zu Punkt 1. - 4. sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es gilt im Zweifel der Wortlaut der Versicherungs- bzw. Tarifbedingungen.

5. VERFAHRENSWEISE IM LEISTUNGSFALL UND IHRE ANSPRECHPARTNER

5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)

Wir empfehlen Ihnen, vor jeder Inlay- und Zahnersatzbehandlung sowie bei jeder Zahn- und Kieferregulierungsmaßnahme vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen und die Kostenübernahme abzustimmen. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt/Kieferorthopäde ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bitte vor Behandlungsbeginn bei der *Bayerischen* ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

DIE BAYERISCHE ZAHN PRESTIGE

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die *Bayerische* faxen: **089 678 750-61**
- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan zu uns faxen: **0551 900 378-90**
- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan scannen und unserer Mitarbeiterin Frau Julia Thies mailen: **jt@acio.de**

5.2 Erstattung von Behandlungsrechnungen

Nach Abschluss der Behandlung, gegebenenfalls auch nach Abschluss von Teilschritten derselben, erhalten Sie von Ihrem Zahnarzt/Kieferorthopäden eine Rechnung in zweifacher Ausfertigung, Original und Duplikat. Bitte reichen Sie immer die **Original**-Rechnung ein.

Ihre Rechnung sieht in der Regel ein Zahlungsziel von drei bis vier Wochen vor. Der Zusatzversicherer erstattet nie direkt an den Behandler oder das Labor, sondern immer nur an Sie, den Versicherungsnehmer. Zur Begleichung der Rechnung bestehen zwei Alternativen:

- Sie gehen in Vorleistung und begleichen die Rechnung innerhalb der Zahlungsfrist. Danach reichen Sie die Rechnung bei Ihrem Zusatzversicherer ein, er überprüft diese und überweist den Erstattungsbetrag dann auf Ihr Konto.
- Sie reichen die Original-Rechnung umgehend nach Erhalt beim Zusatzversicherer ein, warten den Eingang der Erstattungsleistung auf Ihrem Konto ab und bezahlen Ihre Behandlung im Anschluss. Es ist wichtig, dass Sie Ihre Rechnung umgehend nach Erhalt beim Versicherer einreichen, damit dieses Verfahren innerhalb der Zahlungsfrist abgewickelt werden kann.

Maßgeblich für die rechtzeitige Begleichung der Rechnung ist immer das darauf genannte Zahlungsdatum, nicht der Eingang der vom Versicherer ausgezahlten Erstattungsleistung.

5.3 Änderung der Kundendaten

Gesetzliche Krankenkasse:

Wenn Sie Ihre gesetzliche Krankenkasse wechseln, müssen Sie dies nicht anzeigen. Spätestens, wenn Sie den Heil- und Kostenplan einreichen, erfährt Ihr Zusatzversicherer, bei welcher neuen gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sind.

Adressenänderung:

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, dann können Sie Ihre neue Anschrift dem Service Hofstetter z. B. per E-Mail mitteilen: **sh@acio.de**

Bankverbindung:

Wenn sich Ihre Bankverbindung ändert, so bieten sich Ihnen folgende Möglichkeiten:

- **unterschiedene** Mitteilung per Fax an: **0551 900 378-90** oder per Post an: ACIO, Ritterplan 5, 37073 Göttingen

DIE BAYERISCHE ZAHN KOMFORT

5.4 Ihre Ansprechpartner bei ACIO

Unsere Spezialisten für Zahnzusatzversicherungen, Zahnerhalt und Prophylaxe erreichen Sie Montag bis Freitag in der Zeit von 08.00 bis 19.30 Uhr unter der für Sie **kostenlosen Rufnummer 0800 980 980-1**.

Die kompetente Beratung unseres Experten-Teams können Sie auch bei allen Fragen zu Ihren Rechnungsvorgängen kostenfrei in Anspruch nehmen. Sie erreichen unsere Spezialisten ebenfalls montags bis freitags von 8.00 bis 19.30 Uhr unter der Rufnummer **0551 900 378 800**.

Als Kunde genießen Sie nun den Vorteil einer von der Sichtweise des Versicherers losgelösten, unabhängigen und marktübergreifenden Beratung.