

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 angedacht 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 Aufbisschienen 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

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

DKV KDT70 + KDBS

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der Tarif *DKV KDT70 + KDBS* kann beantragt werden, wenn eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht.

I.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?

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

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

Nein, es gibt kein eigenes Preis- und Leistungsverzeichnis. Die *DKV Deutsche Krankenversicherung AG* berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen vorrangig auf der Basis des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL II) der gesetzlichen Krankenkassen. Sind bestimmte Leistungen nicht im BEL II enthalten (z. B. Inlays), legt die *DKV* bundesweit ermittelte, übliche Durchschnittspreise zugrunde.

Damit werden von der *DKV* niedrigere Leistungen anerkannt als von den Zahnzusatzversicherungen, die Material- und Laborkosten gänzlich auf Basis der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) der privaten Krankenkassen bzw. nach ortsüblichen Preisen erstatten.

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

Ja, in den ersten drei Versicherungsjahren gilt für den Tarif *DKV KDT70* eine Begrenzung von insgesamt:

- 500 EUR Erstattungsbetrag im ersten Versicherungsjahr
- 1.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten zwei Versicherungsjahren
- 1.500 EUR Erstattungsbetrag in den ersten drei Versicherungsjahren

Die Begrenzungen entfallen bei dem Behandlungsbedarf, der nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

Ab dem vierten Versicherungsjahr stehen die Leistungen ohne Begrenzung zur Verfügung.

Der Tarif *DKV KDBS* sieht keine Begrenzung in den ersten Jahren vor. Die Leistungen für Kieferorthopädie, professionelle Zahnreinigung, Wurzel- und Parodontalbehandlungen stehen von Anfang an in voller Höhe zur Verfügung.

I.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Ja, die Mindestversicherungsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer können Sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen.

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 *DKV KDT70 + KDBS* versichern.

DKV KDT70 + KDBS

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

Der Tarif *DKV KDT70 + KDBS* ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt neun Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 19., 30., 35., 40., 45., 50., 55., 60., 65. bzw. 70. 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, erhalten Sie für Leistungen aus dem Tarifbaustein *DKV KDT70* 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. Der Ablehnungsbescheid der GKV muss der *DKV* vorgelegt werden.

Wird eine Behandlung von Ärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt, erhalten Sie für Leistungen aus dem Tarifbaustein *DKV KDBS* keinen Zuschuss. Wenn Sie bei der *DKV* versichert sind und die Behandlung von einem Zahnarzt ohne Kassenzulassung durchgeführt werden soll, nehmen Sie bitte vor Behandlungsbeginn Kontakt zur Leistungsabteilung der *DKV* auf. Eventuell kann eine Einzelfallentscheidung herbeigeführt werden.

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. Für jeden fehlenden Zahn ist jeweils ein Mehrbeitrag erforderlich. Zähne, die mit einer herausnehmbaren (Teil-) Prothese versorgt sind, gelten nicht mehr als fehlend.

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

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

Ja, wenn z. B. über ein Röntgenbild klar ist, dass ein bleibender Zahn nicht angelegt ist, dann gilt der nicht angelegte und daher erst zukünftig tatsächlich in der Zahnreihe fehlende Zahn bereits heute als fehlend und muss deshalb wie ein (aktuell) fehlender Zahn im Erwachsenen-Gebiss durch einen Einschlussbeitrag mitversichert werden (s. Punkt I.8).

Wenn Ihr Zahnarzt oder der Zahnarzt Ihres Kindes mit Ihnen bereits über die sich daraus ergebenden Folgen gesprochen und Behandlungsmaßnahmen festgelegt hat, dann muss im Antrag auch die Frage nach angeratenen Maßnahmen mit „ja“ beantwortet werden, was dazu führen wird, dass die *DKV* Ihren Antrag wegen der bereits angeratenen Maßnahmen ablehnen wird. Bitte nehmen Sie daher vor Antragstellung Kontakt mit uns, auf um den Sachverhalt exakt zu besprechen.

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

Nein, die *DKV* vereinbart in einem solchen Fall keine Leistungsausschlüsse. Der Antrag würde komplett abgelehnt und müsste nach Abschluss der Behandlung neu gestellt werden. Es ist daher generell sinnvoll, mit der Antragstellung zu warten, bis gerade laufende oder bereits angeratene Behandlungen abgeschlossen sind.

DKV KDT70 + KDBS

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

Wird eine Behandlung von Ärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt, erhalten Sie für Leistungen aus dem Tarifbaustein *KDT70* 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. Der Ablehnungsbescheid der GKV muss dem Versicherer (DKV) vorgelegt werden.

Wird eine Behandlung von Ärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt, erhalten Sie keinen Zuschuss aus dem Tarifbaustein *KDBS*. Wenn Sie bei der DKV versichert sind und die Behandlung von einem Zahnarzt ohne Kassenzulassung durchgeführt werden soll, nehmen Sie bitte vor Behandlungsbeginn Kontakt zur Leistungsabteilung der DKV auf. Eventuell kann eine Einzelfallentscheidung herbeigeführt werden.

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

Ja, Leistungen aus dem Tarifbaustein *DKV KDT70* stehen auch nach einer Gesundheitsreform noch in derselben Höhe zur Verfügung. Die Erstattung erfolgt dann unabhängig von den gesetzlichen Krankenkassen, der Tarif ist daher reform- und zukunftstauglich.

Führen GKV-Leistungskürzungen zu einer kompletten Streichung von Zuschüssen, erstattet der Tarifbaustein *DKV KDT70* im Rahmen der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 35 %.

Ja, Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen, für Zahnreinigung, Wurzelkanal- und Parodontalbehandlungen aus dem Tarifbaustein *KDBS* stehen auch dann zur Verfügung, wenn die gesetzliche Krankenversicherung nicht in Vorleistung geht.

1.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Nein, für den Tarif *DKV KDT70 + KDBS* besteht keine Verpflichtung, der DKV vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wir empfehlen Ihnen jedoch, vor jeder Inlay- und Zahnersatzbehandlung 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, werden die versicherten zahnärztlichen Maßnahmen von einem „goDentis“-Partnerzahnarzt durchgeführt, so erhöht sich der Erstattungssatz um 5 %-Punkte auf 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags abzüglich der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

2. ZAHNBEHANDLUNG

2.1 Allgemein

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

2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, nach Versicherungsbeginn besteht eine Wartezeit von sechs Monaten. Im Anschluss können Sie Leistungen für Kunststofffüllungen sowie für Zahnbehandlung, dazu zählen Parodontose- und Wurzelkanalbehandlungen in Anspruch nehmen.

DKV KDT70 + KDBS

Für Leistungen aus dem Bereich der professionellen Zahnreinigung verzichtet die DKV auf die Einhaltung der Wartezeit. Diese Leistungen können Sie bereits direkt nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Zahnprophylaxemaßnahmen
- Wurzelbehandlungen
- Parodontosebehandlungen
- Kunststofffüllungen

Aus der Zahnzusatzversicherung DKV KDT70 + KDBS erhalten Sie keine Leistungen für Aufbissschienen.

2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Für Wurzelkanalbehandlungen werden 75 % 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 DKV KDT70 + KDBS 75 % der zusätzlichen Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung ist im Tarif DKV KDT70 + KDBS erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnungsziffer 0120 in Verbindung mit Ziffer 2410 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird 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 75 % 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 DKV KDT70 + KDBS 75 % der zusätzlichen Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung ist im Tarif DKV KDT50 + KDBS 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 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

DKV KDT70 + KDBS

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 75 % 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 DKV auch Kunststofffüllungen an Milchzähnen.

Seit dem 01. Juli 2018 dürfen Kinder unter 15 Jahren keine Amalgam-Füllungen mehr bekommen. Seither fallen Kunststofffüllungen für diese Personengruppe unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

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, pro Kalenderjahr stehen 70 EUR für folgende Maßnahmen zur Verfügung:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung

Der Betrag von 70 EUR ist für eine professionelle Zahnreinigung nur knapp ausreichend. Diese kostet nach der Gebührenordnung für Zahnärzte ca. 100 EUR.

Auch für **Kinder** ist eine professionelle Zahnreinigung erstattungsfähig. Die professionelle Zahnreinigung gehört bei der DKV zur Rubrik der Prophylaxemaßnahmen. Die Erstattungsleistung für alle Prophylaxemaßnahmen ist pro Jahr auf zweimal 70 EUR begrenzt.

Fissurenversiegelungen der bleibenden 4er und 5er Backenzähne werden nicht übernommen.

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.

DKV KDT70 + KDBS

2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbissschienen vor?

Für **Aufbissschienen** werden aus dem Tarif *DKV KDT70 + KDBS* keine Leistungen erbracht. Reparaturen von bei Antragstellung vorhandenen Aufbissschienen sind für den Zeitraum ab Zustandekommen des Vertrages ebenfalls nicht mitversichert.

3. ZAHNERSATZ

3.1 Allgemein

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

3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, nach Versicherungsbeginn besteht eine Wartezeit von sechs Monaten. Im Anschluss können Sie Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen wie z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Implantate oder Prothesen in Anspruch nehmen.

3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Zahnprothesen
- Kronen
- Brücken
- Inlays
- 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 für bereits vorhandenen festsitzenden Zahnersatz (wie Brücken, Kronen, Implantate etc.) und herausnehmbaren Zahnersatz (wie Teil-, Vollprothesen etc.).

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Kariesbehandlung ist im Tarif *DKV KDT70 + KDBS* nicht erstattungsfähig.

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Sie erhalten 70 % vom Rechnungsbetrag als Erstattung für eine höherwertige bzw. optimale Versorgung. Wenn Sie einen „goDentis“-Vertragszahnarzt aufsuchen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 75 % des Rechnungsbetrages.

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 *DKV* angerechnet, sodass die Gesamterstattung bei 85 % 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.

DKV KDT70 + KDBS

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?

70 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Inlays. Wird ein DKV „goDentis“-Vertragszahnarzt aufgesucht, erhöht sich der Erstattungssatz auf 75 %. Im Tarif DKV KDT70 + KDBS 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 Material- und Laborkosten werden auf Basis des auch für die gesetzlichen Krankenkassen geltenden BEL II abgerechnet. 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 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 70 % erstattungsfähig. Die Erstattung gilt sowohl im Unterkiefer als auch im Oberkiefer, sowohl nach rechts als auch nach links, bis einschließlich des jeweils sechsten 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?

70 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Implantate. Wird ein DKV „goDentis“-Vertragszahnarzt aufgesucht, erhöht sich der Erstattungssatz auf 75 %. Im Tarif DKV KDT70 + KDBS gibt es keine festgelegte Obergrenze für die Anzahl der Implantate pro Kiefer. Die Material- und Laborkosten werden auf Basis des auch für die gesetzlichen Krankenkassen geltenden BEL II abgerechnet. 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.

DKV KDT70 + KDBS

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

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen für Leistungen aus dem Tarifbaustein DKV KDT70 sind zu 70 % erstattungsfähig, wenn sie in direktem Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen stehen.

4. KIEFERORTHOPÄDIE

4.1 Allgemein

Der Tarif DKV KDT70 + KDBS leistet nicht für kieferorthopädische Maßnahmen oder Zahnspangen bei Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

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 vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen und die Kostenübernahme abzustimmen. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bitte vor Behandlungsbeginn bei der DKV ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die DKV faxen: **01805 786 000**
- 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 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.

DKV KDT70 + KDBS

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:

- E-Mail an: **service@dkv.com** (aus der Mail muss eindeutig hervorgehen, dass sie vom Versicherungsnehmer (= Kontoinhaber) kommt, z. B. über eine Signatur)
- **unterschiedene** Mitteilung per Fax an: **0551 900 378-90** oder per Post an: ACIO, Ritterplan 5, 37073 Göttingen

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.

DKV KDT70 + KDBS

