

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?

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 Keramikverblendungen vor?
- 3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?
- 3.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen vor?
- 3.9 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbissschienen 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

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der Tarif *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100* 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) und Ärzte (GOÄ) für Zahnersatz bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

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

Nein, es gibt kein vom Versicherer selbst erstelltes, bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis. Die *HALLESCHE Krankenversicherung aG* berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen auf der Basis der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) der privaten Krankenkassen bzw. nach ortsüblichen Preisen.

Damit werden von der *HALLESCHEN* 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, die tarifliche Leistung ist in den ersten Jahren begrenzt.

In den ersten fünf Jahren gilt für die Bereiche **Zahnbehandlung und Kieferorthopädie** (Tarifbaustein *dentZB.100*) eine Begrenzung von insgesamt:

- 500 EUR Erstattungsbetrag im ersten Kalenderjahr
- 1.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten zwei Kalenderjahren
- 1.500 EUR Erstattungsbetrag in den ersten drei Kalenderjahren
- 2.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten vier Kalenderjahren
- 2.500 EUR Erstattungsbetrag in den ersten fünf Kalenderjahren

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

In den ersten fünf Jahren gilt für den Bereich **Zahnersatz** (Tarifbaustein *dentZE.100*) eine Begrenzung von insgesamt:

- 1.000 EUR Erstattungsbetrag im ersten Kalenderjahr
- 2.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten zwei Kalenderjahren
- 3.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten drei Kalenderjahren
- 4.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten vier Kalenderjahren
- 5.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten fünf Kalenderjahren

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

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

Bei **einem, zwei oder drei fehlenden Zähnen** bzw. einem, zwei oder drei bereits durch herausnehmbare Prothesen ersetzten Zähnen gilt für den Bereich **Zahnersatz** (Tarifbaustein *dentZE.100*) eine Begrenzung von insgesamt:

- 250 EUR Erstattungsbetrag im ersten Kalenderjahr
- 500 EUR Erstattungsbetrag in den ersten zwei Kalenderjahren
- 750 EUR Erstattungsbetrag in den ersten drei Kalenderjahren
- 1.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten vier Kalenderjahren
- 1.250 EUR Erstattungsbetrag in den ersten fünf Kalenderjahren

Die Begrenzungen entfallen bei dem Behandlungsbedarf, der nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist. Ab dem sechsten Kalenderjahr stehen die Leistungen ohne Begrenzung 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 zum Ende des Versicherungsjahres 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 *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100* versichern.

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

Der Tarif ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt sechs Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 32., 43., 51., 58. und 65. 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 dieselben Leistungsansprüche. Da Sie aber Ihnen zustehende Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (Festkostenzuschuss) nicht in Anspruch genommen haben, wird der Erstattungsanspruch im Bereich Zahnersatz pauschal um 40 % gekürzt. Diese Summe wird als fiktive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse angerechnet und von den tariflichen Leistungen der *HALLESCHE* abgezogen.

I.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, bis zu drei fehlende, nicht ersetzte Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken bzw. bis zu drei bereits durch herausnehmbare Prothesen ersetzte Zähne können für die zukünftig medizinisch notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz mitversichert werden. Es gelten die entsprechenden Summenbegrenzungen der Anfangsjahre (s. Punkt I.3).

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

Fehlen mehr als drei Zähne bzw. sind mehr als drei Zähne bereits durch herausnehmbare Prothesen ersetzt, wird der Antrag von der HALLESCHEN 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 mitversichert werden. Es gelten die entsprechenden Summenbegrenzungen der Anfangsjahre (s. Punkt 1.3).

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

Nein, die HALLESCHEN 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.

I.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 ausbezahlte Festkostenzuschuss ist in jedem Fall in Anspruch zu nehmen, andernfalls erfolgt eine theoretische Anrechnung dessen, was die gesetzliche Krankenkasse gezahlt hätte. Dies sind pauschal 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Um diese Anrechnungssummen würde die Auszahlung der HALLESCHEN heute gekürzt, wenn Sie den Festkostenzuschuss nicht in Anspruch nehmen.

I.12 Gelten die heute genannten Leistungen auch dann noch, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zuschüsse im Zahnbereich zukünftig weiter streichen sollte?

Nein, die Leistungen im Tarif *dentZE.100 + dentZB.100* der HALLESCHEN stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse. Der Tarif *dentZE.100 + dentZB.100* ist daher nicht uneingeschränkt reform- oder zukunftstauglich.

Sollten die gesetzlichen Krankenkassen den Zahnersatz aus ihrem Leistungskatalog streichen, wird die HALLESCHEN den Tarif *dentZE.100 + dentZB.100* anpassen oder ersetzen müssen.

I.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Ja, für den Tarif *dentZE.100 + dentZB.100* ist der HALLESCHEN immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn parodontale sowie kieferorthopädische Behandlungs- oder Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Wir empfehlen Ihnen jedoch vor jeder kostenintensiveren Behandlungsmaßnahme die Kontaktaufnahme mit der HALLESCHEN, um die Kostenübernahme abzustimmen.

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt bei diesen Maßnahmen ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bei der HALLESCHEN ein. Für eine Kunststofffüllung müssen Sie keinen Heil- und Kostenplan einreichen.

1.14 Gibt es Besonderheiten?

Ja, aus dem Tarifbaustein *dentZB.100* (Zahnbehandlung und Kieferorthopädie) werden Leistungen für Narkose und Akupunktur erbracht, wenn die Behandlungen in direktem Zusammenhang mit einer Leistung aus diesem Tarif stehen. Es werden 100 % der Kosten bis zu 250 EUR im Kalenderjahr erstattet.

Ja, aus dem Tarifbaustein *dentZE.100* (Zahnersatz) werden ebenfalls Leistungen für Narkose und Akupunktur erbracht, wenn die Behandlungen in direktem Zusammenhang mit einer Leistung aus diesem Tarif stehen. Es werden in Abhängigkeit vom Bonusheft 90 oder 100 % der Kosten bis zu 250 EUR im Kalenderjahr erstattet.

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).

2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, nach Versicherungsbeginn besteht keine Wartezeit. Leistungen für Kunststofffüllungen und Zahnbehandlung, dazu zählen auch Parodontose- und Wurzelkanalbehandlungen, können Sie unmittelbar nach versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Kunststofffüllungen
- Wurzelbehandlung
- Parodontosebehandlung

2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Der Tarif HALLESCHHE *dentZE.100* + *dentZB.100* erstattet 100 % des Rechnungsbetrages für Wurzelbehandlungen, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Teile der Behandlungsmaßnahmen übernimmt, **erstattet** der Tarif HALLESCHHE *dentZE.100* + *dentZB.100* die **Restkosten** für

- Anlegen von Spanngummi (Kofferdam)
- elektronische Längenmessung, je Kanal
- zusätzliche Anwendung elektrophysikalischer/chemischer Methoden, je Kanal

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

Besteht **kein** Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse, werden 100 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der fehlende GKV-Leistungsanspruch nachgewiesen wird (z. B. durch Röntgenbilder).

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung ist im Tarif *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100* nicht erstattungsfähig.

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 Freundsituation 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?

Der Tarif *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100* erstattet 100 % des Rechnungsbetrages für Parodontalbehandlungen, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt. Ihre gesetzliche Krankenkasse muss Teile der Behandlungsmaßnahmen erstatten, ansonsten erfolgt **keine** Leistung aus dem Tarif *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100*.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung ist im Tarif *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100* nicht erstattungsfähig.

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/Zahnhals 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 dentinadhäsiven Mehrschichtkonstruktionen 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 *HALLESCHE* auch Kunststofffüllungen an Milchzähnen.

Füllungen in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und die Mehrschicht-Technik werden bei Kindern jedoch nicht erstattet.

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

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?

Nein, der Tarif *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100* sieht keine Prophylaxe-Leistungen vor.

3. ZAHNERSATZ

3.1 Allgemein

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

3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, im Tarif *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100* 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.

3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?

Der Begriff Zahnersatz umfasst:

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

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 nur für bereits vorhandenen festsitzenden Zahnersatz (wie Brücken, Kronen, Implantate etc.). Vorhandene, herausnehmbare Teil- und Vollprothesen gelten bei der *HALLESCHE* nicht als vollwertiger Zahnersatz. Die bisher so ersetzten Zähne gelten im Sinne der Annahmerichtlinien weiterhin als fehlend, können jedoch in den Vertrag eingeschlossen werden. Bis zu drei fehlende, nicht ersetzte Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken, bzw. bis zu drei bereits durch herausnehmbare Prothesen ersetzte Zähne können für die zukünftig medizinisch notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz mitversichert werden.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Kariesbehandlung ist im Tarif *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100* nicht erstattungsfähig.

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

90 % - 100 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für eine höherwertige bzw. optimale Versorgung. Inklusive der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse beträgt der grundsätzliche Erstattungssatz 90 % vom Rechnungsbetrag. Sobald Sie fünf Jahre kontinuierlicher Zahnarztbesuche mit Hilfe Ihres Bonusheftes nachweisen können, steigt die Gesamterstattung auf 100 %. Je höher der Bonus ausfällt, desto weniger müssen Sie selbst vom Rechnungsbetrag übernehmen.

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 – 3.9.

3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

90 % - 100 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Inlays. 90 % Erstattung erfolgen, wenn kein Anspruch auf einen Kassenbonus besteht. Sobald Sie durch Ihr Bonusheft jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen aus den fünf vorangegangenen Jahren nachweisen können, erhöht sich der Erstattungsanteil auf 100 %.

Im Tarif *HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100* 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 den Ziffern 2150, 2160 und 2170 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 90 % - 100 % erstattungsfähig. Dies gilt sowohl im Unterkiefer als auch im Oberkiefer, sowohl nach rechts als auch nach links, bis einschließlich des jeweils siebten Zahns. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet. Die Behandlung ist von Zahnärzten mit Kassenzulassung durchzuführen.

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

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?

90 % - 100 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Implantate. 90 % Erstattung erfolgen, wenn kein Anspruch auf einen Kassenbonus besteht. Sobald Sie durch Ihr Bonusheft jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen aus den fünf vorangegangenen Jahren nachweisen können, erhöht sich der Erstattungsanteil auf 100 %.

Im Tarif HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100 gibt es weder für die Anzahl der Implantate pro Kiefer noch für die Materialkosten des einzelnen Implantates eine festgesetzte Obergrenze. 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 ebenfalls zu 90 % - 100 % 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 erstattungsfähig, wenn sie in direktem Zusammenhang mit 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.

3.9 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbissschienen vor?

Für Aufbissschienen außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung leistet der Tarif HALLESCHE DentZE.100 + dentZB.100 90 % - 100 % des Rechnungsbetrages. 90 % Erstattung erfolgen, wenn kein Anspruch auf einen Kassenbonus besteht. Sobald Sie durch Ihr Bonusheft jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen aus den fünf vorangegangenen Jahren nachweisen können, erhöht sich der Erstattungsanteil auf 100 %.

Wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits eine Aufbiss-, Knirscher- oder Schnarcherschiene getragen wird oder wenn deren Verwendung verordnet wurde oder angeraten ist, ist eine Antragstellung bei der HALLESCHEN nicht mehr möglich.

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.

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

4. KIEFERORTHOPÄDIE

4.1 Allgemein

Der Tarif HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100 sieht Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen vor.

4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, für kieferorthopädische Maßnahmen besteht im Tarif HALLESCHE dentZE.100 + dentZB.100 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?

100 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 1.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit, erhalten Kinder und Jugendliche für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Maßnahmen, die vor dem vollendeten 18. Lebensjahr begonnen wurden und bei denen generell **kein Leistungsanspruch** gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft Kinder und Jugendliche z. B. bei Einstufung in KIG 2.

100 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 1.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit, erhalten Kinder und Jugendliche für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Maßnahmen, die vor dem vollendeten 18. Lebensjahr begonnen wurden und bei denen **ein Leistungsanspruch** gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft Kinder und Jugendliche z. B. bei Einstufung in KIG 3, KIG 4, KIG 5.

Obwohl die gesetzliche Krankenkasse in diesen Fällen 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 HALLESCHE übernimmt bis zu 1.000 EUR während der gesamten Versicherungsdauer für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Zusatzleistungen aus der Mehrkostenvereinbarung, ausgenommen sind Aufwendungen für kosmetische Maßnahmen.

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.

HALLESCHE DENTZE.100 + DENTZB.100

5. VERFAHRENSWEISE IM LEISTUNGSFALL UND IHRE ANSPRECHPARTNER

5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)

Für den Tarif *dentZE.100 + dentZB.100* ist der HALLESCHEN immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn parodontale sowie kieferorthopädische Behandlungs- oder Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Wir empfehlen Ihnen vor jeder kostenintensiveren Behandlungsmaßnahme die Kontaktaufnahme mit der HALLESCHEN, um 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 HALLESCHEN ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die HALLESCHHE faxen: **0711 6603 333**
- 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 unserer Mitarbeiterin Frau Susanne Hofstetter z. B. per E-Mail mitteilen: **sh@acio.de**

HALLESCHER DENTZE.100 + DENTZB.100

Bankverbindung:

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

- E-Mail an: **service@hallesche.de**
- telefonische Kontaktaufnahme mit der *HALLESCHEN* unter: **0800 302 010-0**
- **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.