

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
- 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

ADVIGON AZB2+AZE4

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der *Tarif Advigon AZB2+AZE4* kann beantragt werden, wenn eine Mitgliedschaft in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der 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 vom Versicherer selbst erstelltes, bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis.

Die *Advigon Versicherung AG* berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen auf der Basis ortsüblicher Preise.

Die *Advigon* bezieht sich weder auf die Bundeseinheitliche Benennungsliste (BEB) der privaten Krankenkassen noch auf das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnisses (BEL II) der gesetzlichen Krankenkassen.

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

Nein, der Tarifbaustein *Zahngesundheit Spezial AZB2* leistet für Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Parodontosebehandlungen, Schienen, Zahnreinigung und für die bis zum 18. Lebensjahr begonnenen kieferorthopädischen Behandlungen und sieht keine Begrenzung vor.

Ja, in den ersten fünf Versicherungsjahren gilt für den Baustein *Zahnersatz Ideal AZE4* (Bereich Zahnersatz) eine Begrenzung von insgesamt:

- 500 EUR Erstattungsbetrag vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn
- 1.000 EUR Erstattungsbetrag vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn
- 1.500 EUR Erstattungsbetrag vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn
- 2.000 EUR Erstattungsbetrag vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn
- 2.500 EUR Erstattungsbetrag vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn

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

I.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Ja, die Mindestversicherungsdauer beträgt ein volles Kalenderjahr. 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“)?

Ja, Personen, die nicht in Deutschland wohnen, können sich im *Tarif Advigon AZB2+AZE4* versichern. Eine besondere Wohnortnähe zur Grenze besteht nicht.

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

Der Tarif ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Jeweils zum 01. Januar eines Jahres erfolgt die Einstufung in die nächste Altersgruppe. Versicherte bezahlen dann den in der Beitragstabelle genannten und der jeweiligen Altersgruppe zugeordneten Beitrag. Beitragsanpassungen aufgrund veränderter Rahmenbedingungen sind ergänzend möglich.

ADVIGON AZB2+AZE4

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 gekürzt. Dies sind aus dem Baustein *Zahnersatz Ideal AZE4* bei Inlays und Implantaten 20 % und bei Zahnersatz 40 %.

Diese Summe würde als fiktive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse angerechnet und von den tariflichen Leistungen der *Advigon* abgezogen.

Im Baustein *Zahngesundheit Spezial AZB2* (Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Kieferorthopädie) wird bei einer Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung ebenfalls eine fiktive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse angerechnet und von den tariflichen Leistungen der *Advigon* abgezogen.

I.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, bis zu zwei fehlende, nicht ersetzte Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken, bzw. bis zu zwei bereits durch herausnehmbare Prothesen ersetzte Zähne können für die zukünftig medizinisch notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz mitversichert werden. Für jeden fehlenden Zahn ist jeweils ein Mehrbeitrag in Höhe von 2,50 EUR erforderlich.

Fehlen mehr als zwei Zähne, wird der Antrag von der *Advigon* 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 (s. Punkt I.8) mitversichert werden.

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

Ja, ist bei Antragstellung bereits eine Zahnbehandlungsmaßnahme (nicht die zahnärztliche Kontrolluntersuchung) oder eine Zahnersatzmaßnahme medizinisch notwendig, angeraten oder geplant und sind nicht mehr als zwei Zähne hiervon betroffen, so wird individuell geprüft, ob für diese Behandlungen ein Leistungsausschluss vereinbart werden kann.

Die Versicherung könnte dann trotz der bereits notwendigen Maßnahmen zum beantragten Zeitpunkt beginnen. Nach Abschluss der Behandlung kann für die über den Leistungsausschluss aus dem Versicherungsschutz herausgenommenen Zähne der Wiedereinschluss in den Versicherungsschutz beantragt werden. Zu diesem Zweck muss ein aktuelles zahnärztliches Zeugnis vorgelegt werden.

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 bei Inlays 20 % und bei Zahnersatz 40 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Um diese Anrechnungssummen würde die Auszahlung der *Advigon* heute gekürzt, wenn Sie den Festkostenzuschuss nicht in Anspruch nehmen.

ADVIGON AZB2+AZE4

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

Ja, Leistungen im *Tarif Advigon AZB2+AZE4* 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.

Sollte der Festkostenzuschuss zukünftig entfallen, leistet die *Advigon* in Abhängigkeit vom Bonusheft auch weiterhin die bereits heute zugesagten 80 %, 85 % oder 90 %.

1.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Ja, für den Tarif *Advigon AZB2+AZE4* ist der *Advigon immer* ein Heil- und Kostenplan (HKP) rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen.

Diese Regelung ist für Sie aber kein Mehraufwand, da Ihr Zahnarzt bei diesen Maßnahmen ohnehin einen Heil- und Kostenplan für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss. Eine Kopie dieses Heil- und Kostenplans reichen Sie bei der *Advigon* ein. Für eine Kunststofffüllung oder professionelle Zahnreinigung müssen Sie keinen Heil- und Kostenplan einreichen.

1.14 Gibt es Besonderheiten?

Ja, der Tarif sieht einen Schadenfreiheitsrabatt von bis zu 25 % vor. Wenn Sie keine Leistungen oder ausschließlich Leistungen für Zahnreinigung und Prophylaxe in Anspruch nehmen, erhalten Sie einen Rabatt von 5 % auf den Jahresbeitrag, bis zu 25 % Rabatt sind innerhalb von fünf Jahren möglich.

Wenn Sie innerhalb der letzten 24 Monate vor Antragstellung nicht beim Zahnarzt waren, wird Ihr Antrag nicht angenommen.

Wenn bei Ihnen zum Zeitpunkt der Antragstellung mehr als sechs Zähne mit feststitzendem Zahnersatz versorgt sind, welcher älter als **zehn Jahre** ist, wird Ihr Antrag nicht angenommen. Zu feststitzendem Zahnersatz zählen z. B. Kronen, Ankerkronen, Implantate, Inlays, Onlays und Brückenglieder.

Wenn aktuell eine Aufbissschiene angeraten oder angefertigt wurde, wenn Kiefergelenksbeschwerden bestehen oder wenn in den letzten drei Jahren eine Parodontosebehandlung durchgeführt wurde, muss zusammen mit Ihrem Antrag auch ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht eingereicht werden.

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?

Ja, nach Versicherungsbeginn besteht eine Wartezeit von acht Monaten. Im Anschluss daran können Sie Leistungen für Zahnbehandlungen, wie z. B. Kunststofffüllungen, Parodontose- und Wurzelkanalbehandlungen, in Anspruch nehmen.

Nach Versicherungsbeginn besteht **keine** Wartezeit für professionelle Zahnreinigung. Diese Leistung nach GOZ-Ziffer 1040 können Sie bereits unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

ADVIGON AZB2+AZE4

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Kunststofffüllungen
- Zahnreinigung/Zahnprophylaxe
- Wurzelbehandlung
- Parodontosebehandlung

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. Ihre gesetzliche Krankenkasse muss Teile der Behandlungsmaßnahmen erstatten, ansonsten erfolgt **keine** Leistung aus dem Tarif *Advigon AZB2 + AZE4*.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektionen).

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelbehandlung ist im Tarif *Advigon AZB2 + AZE4* 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 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 1.200 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. Ihre gesetzliche Krankenkasse muss Teile der Behandlungsmaßnahmen erstatten, ansonsten erfolgt **keine** Leistung aus dem Tarif *Advigon AZB2 + AZE4*.

Weitere Leistungen erfolgen für parodontologische Leistungen (auch bei Taschentiefen unter 3,5 mm), Weichgewebsmaßnahmen, die Behandlung knöcherner parodontaler Defekte sowie für die Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime, sofern die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Leistung gänzlich ablehnt

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung ist im Tarif *Advigon AZB2 + AZE4* 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/Zahnfleisch gelöst hat. In den so entstandenen Zahnfleischtaschen sammeln sich Bakterien, die

ADVIGON AZB2+AZE4

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 *Advigon* 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, die zahnprophylaktischen Maßnahmen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 80 EUR pro Maßnahme und 200 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Folgende Leistungen können Sie u.a. in Anspruch nehmen:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Weitere Kontrolle des Übungserfolgs

Positiver Nebeneffekt: Wenn Sie Leistungen für professionelle Zahnreinigung nach GOZ Ziffer 1040 in Anspruch nehmen, haben Sie trotzdem Anspruch auf den Schadenfreiheitsrabatt.

Auch für **Kinder** ist eine professionelle Zahnreinigung erstattungsfähig, wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) keine Leistungen erbringt. Darüber hinaus werden auch Fissurenversiegelungen der bleibenden 4er und 5er Zähne von der *Advigon* übernommen. Die Fissurenversiegelungen sind nach der Gebührenordnungsziffer 2000 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

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.

ADVIGON AZB2+AZE4

2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbissschienen vor?

Der Tarif *Advigon AZB2 + AZE4* leistet nicht für Aufbissschienen.

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?

Ja, nach Versicherungsbeginn besteht eine Wartezeit von acht Monaten. Im Anschluss können Sie Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen wie z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Implantate oder Prothesen in Anspruch nehmen. Die Wartezeit entfällt, wenn Ihr Leistungsanspruch nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurück zu führen ist.

3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?

Der Begriff Zahnersatz umfasst:

- Zahnprothesen
- Kronen
- Teilkronen
- Brücken
- Stiftzähne
- Inlays
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (bei Behandlung von mindestens fünf Zähnen)
- Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes
- Implantate

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 *Advigon* nicht als vollwertiger Zahnersatz. Die so ersetzten Zähne gelten im Sinne der Annahmerichtlinien immer noch als fehlend und können nicht mitversichert werden.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Kariesbehandlung ist im Tarif *Advigon AZB2+AZE4* nicht erstattungsfähig.

ADVIGON AZB2+AZE4

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Die *Advigon* belohnt im Tarif *Advigon AZB2 + AZE4* kontinuierliche und im Bonusheft dokumentierte Zahnarztbesuche. Inklusive der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse beträgt der grundsätzliche Erstattungssatz 80 % vom Rechnungsbetrag. Sobald Sie fünf Jahre kontinuierlicher Zahnarztbesuche nachweisen können, steigt die Gesamterstattung auf 85 %, wenn Sie zehn Jahre nachweisen können, sogar auf 90 % vom Rechnungsbetrag. 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 – 3.8.

3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

80 % - 90 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Inlays. 85 % bei fünfjährigem, 90 % bei zehnjährigem Bonusheftnachweis.

Im Tarif *Advigon AZB2 + AZE4* 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, 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 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 erstattungsfähig. Dies 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.

Veneers (Verblendschalen) werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet, gelten dann also als Teilkrone und werden **bei medizinischer Notwendigkeit** im tariflichen Umfang 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?

80 % - 90 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Implantate. 85 % bei fünfjährigem, 90 % bei zehnjährigem Bonusheftnachweis.

Im Tarif *Advigon AZB2 + AZE4* gibt es weder für die Anzahl der Implantate pro Kiefer noch für die Materialkosten des einzelnen Implantates eine festgesetzte Obergrenze. Zu den implantologischen Leistungen zählen die zahnärztlichen Leistungen der Diagnostik (Analyse, Röntgenaufnahmen, Schablonen), die Implantation, die Freilegung des Implantats sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Weichgewebsmaßnahmen. Die zahn-

ADVIGON AZB2+AZE4

ärztlichen 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 erstattungsfähig, wenn sie in direktem Zusammenhang mit einer mindestens fünf Zähne betreffenden Zahnersatzmaßnahmen stehen. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

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

4. KIEFERORTHOPÄDIE

4.1 Allgemein

Der *Tarif Advigon AZB2+AZE4* sieht Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen vor.

4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, für kieferorthopädische Maßnahmen besteht eine Wartezeit von acht Monaten.

4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

80 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 600 EUR je behandelten Kiefer, können Sie zusätzlich zu den medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen erhalten, bei denen ein Leistungsanspruch gegenüber Ihrer 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 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 so genannten Mehrkostenvereinbarung in Anspruch genommen werden.

ADVIGON AZB2+AZE4

Die *Advigon* übernimmt als einer von ganz wenigen Versicherern bis zu 600 EUR je behandeltem Kiefer für die Leistungen aus der Mehrkostenvereinbarung. Die kieferorthopädische Behandlung muss auch hier **vor** dem 18. Lebensjahr begonnen worden sein.

Der Tarif *Advigon AZB2 + AZE4* leistet nicht für kieferorthopädischen Behandlungen, bei denen generell kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft Kinder und Jugendliche bei Einstufung in die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 oder 2 sowie Erwachsene.

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)

Für den Tarif *Advigon AZB2+AZE4* ist der *Advigon immer* ein Heil- und Kostenplan (HKP) rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn es um Zahnersatz- und kieferorthopädische Maßnahmen geht. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt/Kieferorthopäde bei Zahn- und Kieferregulierungsmaßnahmen ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bitte vor Behandlungsbeginn bei der *Advigon* ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan schicken an:
Advigon Versicherung AG, KV Leistungsservice, 20911 Hamburg
- 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 Erstattungsbeitrag 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**

ADVIGON AZB2+AZE4

Bankverbindung:

Wenn sich Ihre Bankverbindung ändert, so benötigt die *Advigon* ein separates SEPA-Mandat. Bei Bedarf senden wir Ihnen das entsprechende Dokument gerne zu.

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**.

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