

## MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

### 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 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 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

## MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

---

### I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* kann beantragt werden, wenn eine Mitgliedschaft in einer 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 *Münchener Verein Krankenversicherung a. G.* berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen auf der Basis der ortsüblichen Preisen.

Damit werden vom *Münchener Verein* 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 eine Begrenzung für Zahnersatz (Tarifbaustein 571) von

- 300 EUR Erstattungsbetrag im ersten Versicherungsjahr
- 600 EUR Erstattungsbetrag im ersten bis zweiten Versicherungsjahr
- 900 EUR Erstattungsbetrag im ersten bis dritten Versicherungsjahr
- 1.200 EUR Erstattungsbetrag im ersten bis vierten Versicherungsjahr

In der Summe stehen in den ersten vier Jahren also zusammen bis zu 1.200 EUR Erstattungsbetrag für Zahnersatz zur Verfügung.

In den ersten vier Versicherungsjahren gilt eine Begrenzung für Inlays, Kunststofffüllungen und Kieferorthopädie (Tarifbaustein 572) von

- 300 EUR Erstattungsbetrag im ersten Versicherungsjahr
- 600 EUR Erstattungsbetrag im ersten bis zweiten Versicherungsjahr
- 900 EUR Erstattungsbetrag im ersten bis dritten Versicherungsjahr
- 1.200 EUR Erstattungsbetrag im ersten bis vierten Versicherungsjahr

In der Summe stehen in den ersten vier Jahren also zusammen bis zu 1.200 EUR Erstattungsbetrag für Inlays, Kunststofffüllungen und Kieferorthopädie zur Verfügung.

Insgesamt können also in den ersten vier Jahren bis zu 2.400 EUR an Erstattungsleistung abgerufen werden.

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

#### I.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Nein, für den Tarif 571 + 572 + 574 des *Münchener Vereins* gibt es keine Mindestversicherungsdauer. Der Vertrag kann zum Ende eines jeden Kalendermonats gekündigt werden.

## MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

---

**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 *Münchener Verein 571 + 572 + 574* versichern.

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

Der Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt elf Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 10., 20., 30., 40., 50., 60., 70., 80. und 90. 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 gekürzt. Dies sind bei Zahnersatz 35 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Diese Summe würde als fiktive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse angerechnet und von den tariflichen Leistungen des *Münchener Vereins* abgezogen.

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

Nein, zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits fehlende, nicht ersetzte Zähne können nicht in den Vertrag bzw. Versicherungsschutz eingeschlossen werden. Wenn Ihnen Zähne fehlen, sodass Zahnlücken oder freie Positionen vorhanden sind, in die noch Zahnersatz eingebracht werden kann, dann kann die Versorgung dieser Zahnlücken bzw. der bestehenden freien Positionen nicht mitversichert werden.

Wenn natürliche Zähne fehlen, diese aber bereits durch Zahnersatz (z. B. Brücke oder Prothese) ersetzt wurden, dann gelten diese ersetzten Zähne im Sinne der Annahmerichtlinien nicht als fehlend. Die Erneuerung des heute bereits vorhandenen Zahnersatzes ist mitversichert, wenn der bestehende Zahnersatz zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch intakt und nicht behandlungsbedürftig ist.

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

Nein, wenn bei Antragstellung beispielsweise über ein Röntgenbild bekannt ist, dass bei einem Kind oder einem Erwachsenen ein bleibender Zahn fehlt, dann kann dieser nicht mitversichert werden.

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

Um einen individuellen Leistungsausschluss vereinbaren zu können, müsste zuvor eine Gesundheitsprüfung durchgeführt werden. Die Anträge zum Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* sehen jedoch keine Gesundheitsfragen vor, daher kann auch kein separater Leistungsausschluss vereinbart werden. Die *Münchener Verein Krankenversicherung a. G.* hat daher bereits in den Versicherungsbedingungen die pauschale Regelung zum Leistungsausschluss aufgenommen.

### MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

---

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.

**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 ausgezahlte Festkostenzuschuss ist in jedem Fall in Anspruch zu nehmen, andernfalls erfolgt eine theoretische Anrechnung dessen, was die gesetzliche Krankenkasse gezahlt hätte. Dies sind bei Zahnersatz 35 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Um diese Anrechnungssummen würde die Auszahlung des *Münchener Vereins* 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 571 + 572 + 574 des *Münchener Vereins* stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse. Der Tarif 571 + 572 + 574 ist daher nicht uneingeschränkt reform- oder zukunftstauglich.

Sollten die gesetzlichen Krankenkassen den Zahnersatz aus ihrem Leistungskatalog streichen, wird der *Münchener Verein* den Tarif 571 + 572 + 574 anpassen oder ersetzen müssen.

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

Ja, für den Tarif 571 + 572 + 574 des *Münchener Vereins* ist immer dann ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn umfangreichere kieferorthopädische Maßnahmen, Zahnbehandlungs- oder Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Dies stellt für Sie aber keinen Mehraufwand dar. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt/Kieferorthopäde bei diesen Maßnahmen ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie beim *Münchener Verein* ein. Für eine professionelle Zahnreinigung muss kein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden.

**I.14 Gibt es Besonderheiten?**

Ja, die Summenbegrenzungen gelten für die ersten vier Jahre zusammengenommen, sodass bis zu 2.400 EUR an Erstattungsleistung zur Verfügung stehen.

Ja, es gibt keine Wartezeiten.

Ja, es gibt keine Gesundheitsfragen im Antrag. Dies bedeutet, dass der Versicherer sich beim ersten Leistungsfall schriftlich bei Ihrem Zahnarzt melden wird. Mit der Arztanfrage wird dann nachträglich geklärt, ob der Behandlungsbedarf bereits vor Vertragsabschluss bestanden hat.

## MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

---

### 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, der Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* sieht keine Wartezeiten vor. Leistungen für Kunststofffüllungen, Zahnreinigung und Zahnprophylaxe können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

#### 2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Kunststofffüllungen
- Professionelle Zahnreinigung
- Fissurenversiegelung

#### 2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Der Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* leistet nicht für Wurzelkanalbehandlungen.

#### 2.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Parodontosebehandlungen vor?

Der Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* leistet nicht für Parodontosebehandlungen.

#### 2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?

Für Kunststofffüllungen an bleibenden Zähnen werden aus dem Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* 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 der *Münchener Verein* auch für Kunststofffüllungen an Milchzähnen 100 % des Rechnungsbetrages.

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 170 EUR für folgende Maßnahmen zur Verfügung:

- Professionelle Zahnreinigung nach GOZ-Ziffer 1040
- Eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
- Fissurenversiegelung
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Erstellung des Mundhygienestatus
- Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes sowie die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung
- Erstellung des Parodontalstatus, einschließlich Parodontaldiagnostik
- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger

Wenn Sie zweimal pro Jahr eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen, dann ist die zur Verfügung gestellte Summe von 170 EUR weitgehend deckend. Nach der Gebührenordnung für Zahnärzte kostet diese Maßnahme 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 beim *Münchener Verein* zur Rubrik der Prophylaxemaßnahmen. Die Erstattungsleistung für alle Prophylaxemaßnahmen ist pro Jahr auf 170 EUR begrenzt.

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?

Der Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* leistet nicht für Aufbissschienen.

## MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

---

### 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?

Nein, nach Versicherungsbeginn besteht keine Wartezeit.  
Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen werden aus dem Tarif 571 + 572 + 574 erbracht, wenn bei bestehendem Versicherungsschutz medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder dauerhaften Zahnersatz erstmals angeraten oder durchgeführt werden.

#### 3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?

Der Begriff Zahnersatz umfasst:

- Kronen
- Veneers
- Brücken
- Brückenglieder
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz
- Implantat getragener Zahnersatz
- Implantate
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau)
- Prothesen
- 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-, Vollprothese etc.).

Fehlende, nicht ersetzte Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken, können für die zukünftige medizinisch notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz nicht mitversichert werden.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Kariesbehandlung ist im Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* nicht erstattungsfähig.

#### 3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Sie erhalten 90 % vom Rechnungsbetrag als Erstattung für eine höherwertige bzw. optimale Versorgung. Über die Gewährung des Kassenbonus und die Höhe der Gesamterstattung entscheidet der im Bonusheft dokumentierte Zeitraum (bis 5 Jahre, 5 bis 10 Jahre, 10 Jahre und mehr), der zu dem Zeitpunkt in der Zukunft nachgewiesen werden kann, an dem Ihr Zahnarzt den Heil- und Kostenplan erstellen wird.

Wenn Sie von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse den Bonus 20 oder 30 erhalten, wird diese Bonusleistung auf den Erstattungsbetrag des *Münchener Vereins* angerechnet, sodass die Gesamterstattung bei 90 % vom Rechnungsbetrag bleibt. Ihr Bonusheft hat bei der Versorgung mit Zahnersatz keinen Einfluss auf die Höhe der Gesamterstattung.

## MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

---

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 *Münchener Verein 571 + 572 + 574* 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 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 % 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.

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen zahncolorierte 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?

90 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Implantate. Im Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* 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 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.

## MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

---

### 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. 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 *Münchener Verein 571 + 572 + 574* sieht Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen vor.

### 4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, für kieferorthopädische Maßnahmen besteht keine Wartezeit.

### 4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

55 % vom Rechnungsbetrag erhalten Kinder und Jugendliche für die bis zum vollendeten 21. Lebensjahr durchgeführten, medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen, bei denen generell kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft Kinder und Jugendliche z. B. bei Einstufung in die kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) 2. Personen, bei denen die Behandlung nach dem vollendeten 21. Lebensjahr durchgeführt wird, haben keinen Anspruch auf eine Erstattung aus dem Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574*.

90 % vom Rechnungsbetrag können Sie zusätzlich zu den medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen erhalten, bei denen ein Leistungsanspruch gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft: Kinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr bei Einstufung in die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3, 4 und 5.

Der *Münchener Verein* übernimmt als einer von ganz wenigen Versicherern Kosten für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Zusatzleistungen aus der Mehrkostenvereinbarung. Ausgenommen sind Aufwendungen für kosmetisch/ästhetische Maßnahmen.

Personen, bei denen die Behandlung nach dem vollendeten 21. Lebensjahr durchgeführt wird, haben auch hier keinen Anspruch auf eine Erstattung aus dem Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574*.

Die Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen werden aus dem Tarifbaustein 572 erstattet. In den ersten vier Versicherungsjahren gilt eine Begrenzung für Inlays, Kunststofffüllungen und Kieferorthopädie von

- 300 EUR Erstattungsbetrag im ersten Versicherungsjahr
- 600 EUR Erstattungsbetrag im ersten bis zweiten Versicherungsjahr
- 900 EUR Erstattungsbetrag im ersten bis dritten Versicherungsjahr
- 1.200 EUR Erstattungsbetrag im ersten bis vierten Versicherungsjahr

In der Summe stehen in den ersten vier Jahren also zusammen bis zu 1.200 EUR Erstattungsbetrag für Inlays, Kunststofffüllungen und Kieferorthopädie zur Verfügung. Nach dem fünften Jahr steht die Leistung ohne Begrenzung zur Verfügung.

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.

## MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

---

### 5. VERFAHRENSWEISE IM LEISTUNGSFALL UND IHRE ANSPRECHPARTNER

#### 5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)

Für den Tarif *Münchener Verein 571 + 572 + 574* ist immer dann ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn umfangreichere kieferorthopädische Maßnahmen, Zahnbehandlungs- oder Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt/ Kieferorthopäde bei diesen Maßnahmen ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bitte vor Behandlungsbeginn beim *Münchener Verein* ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an den *Münchener Verein* faxen: **089 5152 1333**
- 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**

##### **Bankverbindung:**

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

- E-Mail an: **info@muenchener-verein.de**
- **unterschiedene** Mitteilung per Fax an: **0551 900 378-90** oder per Post an: ACIO, Ritterplan 5, 37073 Göttingen

## MÜNCHENER VEREIN 571 + 572 + 574

---

### 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.