

1. Allgemeine Grundsätze

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

2. Zahnbehandlung

- 2.1 Allgemein
- 2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?
- 2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?
- 2.5 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?
- 2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays 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 Verblendungen vor?
- 3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?
- 3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen vor?
- 3.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbisschienen 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

ERGO ZAB+ZBB

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der Tarif *ERGO ZAB+ZBB* 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) 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 *ERGO 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 *ERGO* 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 Bereiche Zahnbehandlung und Zahnersatz werden dabei getrennt bewertet und abgerechnet.

In den ersten vier Versicherungsjahren (VJ) gilt eine Begrenzung für **Zahnbehandlung** von insgesamt:

- 250 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des ersten VJ
- 500 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des zweiten VJ
- 750 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des dritten VJ
- 1.000 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des vierten VJ

In den ersten vier Versicherungsjahren (VJ) gilt eine Begrenzung für **Zahnersatz** von insgesamt:

- 250 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des ersten VJ
- 500 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des zweiten VJ
- 750 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des dritten VJ
- 1.000 EUR Erstattungsbetrag bis zum Ende des vierten VJ

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

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

I.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Nein, für den Tarif *ERGO ZAB+ZBB* gibt es keine Mindestversicherungsdauer. Der Vertrag kann zum Ende eines jeden Kalendermonats gekündigt werden.

ERGO ZAB+ZBB

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 *ERGO ZAB+ZBB* versichern.

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

Der Tarif ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt elf Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 16., 21., 31., 41., 51., 61., 71., 81. und 91. 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 der *ERGO* abgezogen.

Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen im Bereich Zahnbehandlung sind nur dann erstattungsfähig, wenn diese Leistungen von niedergelassenen Ärzten mit Kassenzulassung erbracht wurden.

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 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. Brücken oder Prothesen) 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 angedacht ist?

Um einen individuellen Leistungsausschluss vereinbaren zu können, müsste zuvor eine Gesundheitsprüfung durchgeführt werden. Die Anträge zum Tarif *ERGO ZAB+ZBB* sehen jedoch keine Gesundheitsfragen vor, daher

ERGO ZAB+ZBB

kann auch kein separater Leistungsausschluss vereinbart werden. Die *ERGO Krankenversicherung AG* hat daher bereits in den Versicherungsbedingungen die pauschale Regelung zum Leistungsausschluss aufgenommen.

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

I.11 Was passiert, wenn vorhandene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht in Anspruch genommen werden?

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten 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 der *ERGO* 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?

Ja, Leistungen im Tarif *ERGO ZAB+ZBB* 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 *ERGO* auch weiterhin die bereits heute zugesagten 75 %.

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

Ja, für den Tarif *ERGO ZAB+ZBB* ist der *ERGO* immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn umfangreichere Zahnbehandlungs- oder Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Dies stellt für Sie aber keinen Mehraufwand dar. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt bei diesen Maßnahmen ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bei der *ERGO* ein. Für eine Kunststofffüllung oder professionelle Zahnreinigung müssen Sie keinen Heil- und Kostenplan einreichen.

I.14 Gibt es Besonderheiten?

Ja, es gibt

- keine Wartezeiten für Zahnbehandlung oder Zahnersatz
- keine Gesundheitsfragen im Antrag

Letzteres 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.

ERGO ZAB+ZBB

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, Zahnreinigung und Zahnprophylaxe können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Inlays
- Kunststofffüllungen
- Fissurenversiegelung
- Fluoridbehandlung
- Knirscherschienen

Der Tarif *ERGO ZAB+ZBB* leistet nicht für Wurzelkanal- und Parodontosebehandlungen.

2.4 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 *ERGO* Kunststofffüllungen an Milchzähnen. Auch hier müssen die Füllungen nach den Gebührenordnungsziffern 2060, 2080, 2100 und 2120 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

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.

ERGO ZAB+ZBB

2.5 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?

Ja, pro Kalenderjahr stehen 60 EUR zur Verfügung. Folgende Leistungen können Sie u.a. in Anspruch nehmen:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Fissurenversiegelung
- Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes sowie die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung

Die Leistungen müssen durch einen niedergelassenen, approbierten Zahnarzt erbracht und nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden.

Der Betrag von 60 EUR ist als Zuschuss gedacht. Eine professionelle Zahnreinigung kostet nach der Gebührenordnung für Zahnärzte ca.100 EUR.

Auch für **Kinder** ist eine professionelle Zahnreinigung nach GOZ-Ziffer 1040 erstattungsfähig. Darüber hinaus werden auch Fissurenversiegelungen der bleibenden 4er und 5er Zähne von der ERGO übernommen. Diese Leistungspositionen gehören bei der ERGO zur Rubrik der Prophylaxemaßnahmen. Die Erstattungsleistung für alle Prophylaxemaßnahmen ist pro Jahr auf 60 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.

2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

Die Aufwendungen für Inlays werden unter Anrechnung einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse zu 100 % erstattet. Im Tarif ERGO ZAB+ZBB 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.

ERGO ZAB+ZBB

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 ZAB 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
- Brücken
- Prothesen
- implantatgetragener Zahnersatz
- Implantate
- notwendig werdende Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit
- Eingliederung von Provisorien
- Aufbissbehelfe und Schienen (ausgenommen Knirscherschienen)
- vorbereitend, diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische, funktionsanalytische Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

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 ERGO ZAB+ZBB erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach den Gebührenordnungsziffern 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2150, 2160 und 2170 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet.

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Die Aufwendungen für Zahnersatz wie Kronen, Brücken, Prothesen oder Implantate werden unter Anrechnung einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse zu 75 % erstattet. 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 ERGO angerechnet, sodass die Gesamterstattung bei 75 % vom Rechnungsbetrag bleibt.

ERGO ZAB+ZBB

Über die Gewährung des Kassenbonus 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 Verblendungen vor?

Verblendungen von Kronen und Brücken sind auch im Seitenzahnbereich zu 75 % 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 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum jeweiligen 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.

3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?

Die Aufwendungen für Implantate werden unter Anrechnung einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse zu 75 % erstattet. Im Tarif ERGO ZAB+ZBB 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.

3.7 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.

ERGO ZAB+ZBB

3.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbissschienen vor?

Für Aufbissschienen werden 75 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn sie in unmittelbarem Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen stehen und der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt.

Reparaturen von bei Antragstellung vorhandenen Aufbissschienen sind für den Zeitraum ab Zustandekommen des Vertrages mitversichert.

Die Aufbissschiene ist über die gesetzliche Krankenkasse nur abrechenbar

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

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

4. KIEFERORTHOPÄDIE

4.1 Allgemein

Der Tarif *ERGO ZAB+ZBB* leistet nicht für kieferorthopädische Maßnahmen oder Zahnspangen.

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 *ERGO ZAB+ZBB* ist der *ERGO* immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn umfangreichere Zahnbehandlungs- oder Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Wir empfehlen Ihnen vor **jeder** kostenintensiveren Behandlungsmaßnahme die Kontaktaufnahme mit der *ERGO*, um 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 *ERGO* ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die *ERGO* faxen: **0911 148 153-9**
- 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**

ERGO ZAB+ZBB

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 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 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: **vertriebsservice@ergo.de**
- **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.