

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

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* 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). Sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt, ist in einigen tariflichen Leistungsbereichen auch eine Erstattung über die Höchstsätze hinaus möglich.

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

Nein, es gibt kein vom Versicherer selbst erstelltes, bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis. Die *Inter* berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen auf der Basis des Rechnungsbetrages.

Damit werden von der *Inter* 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 drei Versicherungsjahren gilt für den Zahnersatztarif *QualiMedZ Z 90* eine Begrenzung von insgesamt:

- 750 EUR Erstattungsbetrag im ersten Versicherungsjahr
- 1.500 EUR Erstattungsbetrag in den ersten beiden Versicherungsjahren
- 3.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten drei Versicherungsjahren

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

In den ersten drei Versicherungsjahren gilt für den Zahnbehandlungstarif *ZPro* eine Begrenzung von insgesamt:

- 750 EUR Erstattungsbetrag im ersten Versicherungsjahr
- 1.500 EUR Erstattungsbetrag in den ersten beiden Versicherungsjahren
- 3.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten drei Versicherungsjahren

Die Begrenzungen entfallen auch hier bei dem Behandlungsbedarf, der nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist. Ab dem vierten Versicherungsjahr 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 eines Versicherungsjahres kündigen.

I.5 Können Deutsche versichert werden, die im grenznahen Ausland wohnen, sich aber in Deutschland behandeln lassen wollen (sog. „Grenzgänger“)?

Nein, aufnahmefähig sind ausschließlich Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben. Die Mitgliedschaft in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung muss zudem gegeben sein.

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

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

Der Tarif ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt vier Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 21., 45. 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 für Inlays pauschal um 20 %, für sonstigen Zahnersatz um 40 % gekürzt. Diese Summe würde als fiktive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse angerechnet und von den tariflichen Leistungen der *Inter* 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.

Fehlen mehr als fünf Zähne, wird der Antrag von der *Inter* abgelehnt.

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

Nein, wenn z. B. über ein Röntgenbild klar ist, dass ein bleibender Zahn nicht angelegt ist, so vereinbart die *Inter* für den Ersatz des nicht angelegten Zahns einschließlich aller im Zusammenhang stehenden kieferorthopädischen und prothetischen Maßnahmen einen Leistungsausschluss.

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

Nein, die *Inter* vereinbart in einem solchen Fall keine Leistungsausschlüsse.

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 und der betroffene Zahn wird gänzlich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Wenn der Abschluss der Behandlung vom Zahnarzt bestätigt wird, kann der Zahn wieder in den Versicherungsschutz integriert werden.

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

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

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 *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* 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.

1.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Ja, für den Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* ist der *Inter* immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn umfangreiche Zahnbehandlungs- oder Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt oder kieferorthopädische Leistungen erbracht 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 *Inter* ein.

1.14 Gibt es Besonderheiten?

Ja, wenn Sie sechs oder mehr überkronte, ersetzte oder mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgte Zähne haben und diese Maßnahmen vor mehr als zehn Jahren durchgeführt wurden, so wird Ihr Antrag nicht mehr angenommen.

Ja, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt, ist für Leistungen aus dem Tarifbaustein Z 90 auch eine Erstattung über die Höchstsätze hinaus möglich.

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 sowie Zahnbehandlung (dazu zählen Parodontose- und Wurzelkanalbehandlungen) können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Zahnreinigung / Zahnprophylaxemaßnahmen
- Wurzelbehandlungen
- Parodontosebehandlungen
- Aufbissschienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung)
- Kunststofffüllungen

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. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Teile der Behandlungsmaßnahmen übernimmt, erstattet der Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* die Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung ist im Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnungsziffer 0120 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen im Bereich Wurzelkanalbehandlung die Kosten für die Zähne im Frontzahnbereich, sofern der Wurzelkanal, nach Einschätzung Ihres Zahnarztes, vollständig aufbereitet werden kann.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Zähne im Seitenzahnbereich nur dann, wenn folgendes möglich ist:

- eine geschlossene Zahnreihe zu erhalten
- eine einseitige Freisituation zu vermeiden
- bestehenden funktionstüchtigen Zahnersatz zu erhalten

Wenn keiner dieser Punkte zutrifft, leistet die gesetzliche Krankenkasse nur für die Entfernung des behandlungsbedürftigen Zahns, nicht aber für die Wurzelkanalbehandlung. Die Kosten einer privat bezahlten Wurzelkanalbehandlung können, abhängig von der Anzahl, der Aufbereitungen und der Wurzelkanäle zwischen 800 und 1200 EUR liegen.

Wenn einer der Punkte zutrifft, leistet die gesetzliche Krankenkasse. Aber auch in diesen Fällen werden die Mehrkosten für die Arbeiten mit Lupenbrille oder Operationsmikroskop und die Kosten für die maschinelle Aufbereitung des Wurzelkanals mit hochflexiblen Wurzelkanalinstrumenten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

2.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Parodontosebehandlungen vor?

Für Parodontosebehandlungen werden 100 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Teile der Behandlungsmaßnahmen übernimmt, erstattet der Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* die Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung ist im Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnungsziffer 0120 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen die Kosten für **Parodontitisbehandlungen** ab einer Taschentiefe von 3,5 mm und mehr. Dies bedeutet, dass sich das Zahnfleisch bereits auf einer Strecke von 3,5 mm 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.

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

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 *Inter* auch 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, einmal pro Jahr werden die Kosten für Zahnprophylaxe zu 100 % übernommen. Folgende Leistungen können Sie dabei in Anspruch nehmen:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Fissurenversiegelung
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Erstellung des Mundhygienestatus
- Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes sowie die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen

Die Sitzung wird nicht durch einen Höchstbetrag begrenzt. Sie können also auch umfangreichere vorbeugende Maßnahmen in Anspruch nehmen.

Auch für **Kinder** ist eine professionelle Zahnreinigung einmal pro Jahr zu 100 % erstattungsfähig. Darüber hinaus werden auch Fissurenversiegelungen der bleibenden 4er und 5er Zähne zu 100 % übernommen.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** bezahlen bestimmte **Prophylaxe-Leistungen** bei Kindern vom 6. bis zum 18. Lebensjahr, dazu zählen:

- Mundhygienestatus
- Aufklärung über richtige Putztechnik und zahngesunde Ernährung
- Zahnsteinentfernung
- Fluoridierung
- Fissurenversiegelung der bleibenden Backenzähne (6er und 7er im Ober- und Unterkiefer)

Weitergehende Prophylaxe-Maßnahmen oder gar eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung werden von den gesetzlichen Krankenkassen auch für Kinder nicht erstattet.

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal jährlich die Kosten für:

- Zahnsteinentfernung

Weitergehende Prophylaxe-Maßnahmen oder gar eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbissschienen vor?

Für Aufbissschienen werden 100 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt.

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

Die Aufbissschiene ist über die **gesetzliche Krankenkasse** nur abrechenbar

- als Aufbisshilfsmittel 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). Sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt, ist auch eine Erstattung über die Höchstsätze hinaus möglich.

3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, nach Versicherungsbeginn besteht keine Wartezeit. Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen wie z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Implantate 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
- Inlays
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- Implantate
- Verblendungen

Die im Tarif festgelegten Zahnersatzleistungen gelten generell für die medizinisch notwendige Neuanfertigung und für Reparaturen bzw. die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz. Vorhandener und zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns noch intakter Zahnersatz ist für später notwendig werdende Reparaturen, Austausch-, Ersatz- und Erneuerungsmaßnahmen im Rahmen der Tarifleistungen mitversichert. Die Mitversicherung gilt für bereits vorhandenen festsitzenden Zahnersatz (wie Brücken, Kronen, Implantate etc.) und herausnehmbaren Zahnersatz (wie Teil-, Vollprothesen etc.).

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Kariesbehandlung ist im Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* nicht erstattungsfähig.

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Sie erhalten 75 – 90 % vom Rechnungsbetrag als Erstattung für eine höherwertige bzw. optimale Versorgung. 75 % 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 85 %, bei zehnjährigem Bonusheftnachweis auf 90 %. 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?

90 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Inlays. Bonusheftvorteile müssen bei der Versorgung mit Inlays **nicht** nachgewiesen werden.

Es gibt im Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* 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. Sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt, ist auch eine Erstattung über die Höchstsätze hinaus möglich.

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 75 – 90 % erstattungsfähig. 75 % 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 85 %, bei zehnjährigem Bonusheftnachweis auf 90 %.

Die Erstattung gilt sowohl im Unterkiefer als auch im Oberkiefer, sowohl nach rechts als auch nach links, bis einschließlich des jeweils sechsten Zahns. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet. Sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt, ist auch eine Erstattung über die Höchstsätze hinaus möglich.

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

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?

75 - 90 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Implantate. 75 % 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 85 %, bei zehnjährigem Bonusheftnachweis auf 90 %.

Im Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* 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. Sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt, ist auch eine Erstattung über die Höchstsätze hinaus möglich.

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 Zahnersatzmaßnahmen stehen. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet. Sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt, ist auch eine Erstattung über die Höchstsätze hinaus möglich.

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 *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* sieht Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen vor.

4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, nach Versicherungsbeginn besteht keine Wartezeit. Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

80 % vom Rechnungsbetrag werden im Tarif *Inter QualiMedZ Z 90 + ZPro* für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen erstattet, 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.

Beginnt die kieferorthopädische Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres, so reduziert sich der Erstattungssatz auf 50 %. Die kieferorthopädischen Leistungen werden nicht durch einen gesonderten Höchstbetrag eingeschränkt. Die Auszahlungen unterliegen nur der generell in den Anfangsjahren geltenden Summenbegrenzung.

80 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 500 EUR je behandeltem Kiefer erhalten Kinder und Jugendliche für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Maßnahmen, bei denen **ein Leistungsanspruch** gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft Kinder und Jugendliche z. B. bei Einstufung in KIG 3, KIG 4 oder 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 *Inter* 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.

5. VERFAHRENSWEISE IM LEISTUNGSFALL UND IHRE ANSPRECHPARTNER

5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)

Für den Tarif *QualiMedZ Z 90 + ZPro* ist der *Inter* immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig **vor** Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn umfangreichere Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- oder kieferorthopädische Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Bei kieferorthopädischen Maßnahmen muss zusätzlich noch die KIG-Einstufung vorgelegt werden. 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 bei der *Inter* ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die *Inter* faxen: **0621 427 944**
- 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**

INTER QUALIMEDZ Z 90 + ZPRO

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 dem Service Hofstetter z. B. per E-Mail mitteilen: **sh@acio.de**

Bankverbindung:

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

- **unterschiedene** Mitteilung (als Scan) per E-Mail an: **info@inter.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.