

# Teil III Tarif DENT-MAX Ergänzungstarif für zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

# DENT-MAX

Der Tarif DENT-MAX gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen

### 1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif DENT-MAX kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif DENT-MAX.

### 2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten gemäß § 3 Abs. 3 Teil I gelten auch dann, wenn sie bei anderen Tarifen gemäß § 3 Teil II wegen Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsbefundes fortfallen. Sie entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

## B Leistungen des Versicherers

### 1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

#### 1.1 Zahnersatz

Erstattet werden unter Anrechnung der Leistungen der GKV insgesamt:

1.1.1 100 % der Kosten für Zahnersatz nach B 1.1.4 a), sofern diese im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) in Rechnung gestellt, keine privatärztlichen Vergütungsanteile berechnet sind und eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge (§ 55 SGB V) nachgewiesen wird. Bei einer mindestens fünfjährigen ununterbrochenen Vorsorge beträgt der Erstattungssatz 95 %. Wird keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen, beträgt er 85 %.

1.1.2 80 % der Kosten für Zahnersatz nach B 1.1.4 a) und b) und Implantate nach B 1.1.4 c), sofern diese im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens in Rechnung gestellt und vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile enthält sowie eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge (§ 55 SGB V) nachgewiesen wird. Bei einer mindestens fünfjährigen ununterbrochenen Vorsorge beträgt der Erstattungssatz 75 %. Wird keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen, beträgt er 65 %.

1.1.3 Für Versicherungsfälle, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind, gilt der Erstattungssatz von 100 % nach B 1.1.1 bzw. von 80 % nach B 1.1.2 unabhängig vom Nachweis einer ununterbrochenen Vorsorge (§ 55 SGB V).

1.1.4 Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt:

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen) einschließlich Reparaturen und das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes.
- zusätzlich die im Zusammenhang mit Zahnersatz stehenden Röntgenaufnahmen nach den Ziffern A 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte und Einlagefüllungen/Inlays. Kosten für zahntechnische Laborarbeiten sind im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.
- die Kosten für Implantologie, begrenzt auf max. 6 Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag bis max. 1.000 EUR anerkannt.

1.1.5 Die tariflichen Leistungen für Zahnersatz nach B 1.1 sind im ersten Versicherungsjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr begrenzt.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten vier Versicherungsjahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

### 1.2 Zahn- und Kieferregulierung

1.2.1 Erstattungsfähig sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens die Kosten kieferorthopädischer Behandlung.

1.2.2 Erstattungsfähige Aufwendungen nach B 1.2.1 werden zu 80 % erstattet, wenn gegenüber der GKV gemäß § 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 und § 29 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 SGB V kein Leistungsanspruch besteht.

1.2.3 Erstattungsfähige Aufwendungen nach B 1.2.1 werden zu 100 % unter Anrechnung der Leistungen der GKV erstattet, wenn gegenüber der GKV gemäß § 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 und § 29 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 SGB V ein Leistungsanspruch besteht.

1.2.4 Die tariflichen Leistungen für Zahn- und Kieferregulierung nach B 1.2.2 sind auf insgesamt 500 EUR je Kalenderjahr und nach B 1.2.3 auf insgesamt 250 EUR je Kalenderjahr begrenzt.

### 1.3 Zahnbehandlung

1.3.1 Zu 100 % unter Anrechnung der Leistungen der GKV erstattungsfähig sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, soweit diese nicht schon nach B 1.1 erstattungsfähig sind sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe sowie Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 der GOZ.

1.3.2 Die tariflichen Leistungen für Zahnbehandlung nach B 1.3.1 sind je Kalenderjahr auf insgesamt 500 EUR begrenzt.

### 1.4 Gebührenrahmen

Wird eine von der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

### 1.5 Professionelle Zahnreinigung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zwei professionelle Zahnreinigungen (PZR) je Kalenderjahr. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 60 EUR je PZR zu 50 % ersetzt.

### 1.6 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

## C Anpassungsvorschriften

### Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

## D Sonstige Bestimmungen

- Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden.
- Sind zustehende Geld- bzw. Sachleistungen der GKV für die im Tarif DENT-MAX genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif DENT-MAX für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.
- Mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarte Selbsthalte nach § 53 Abs. 1 SGB V und Prämienzahlungen nach § 53 Abs. 2 SGB V gelten als anrechenbare Leistungen im Sinne von Abschnitt B Ziffer 1.1 bis 1.3 dieser Bedingungen.
- Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der GKV auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV ist dies durch eine Bescheinigung der GKV zu bestätigen.
- Neben dem Tarif DENT-MAX darf keine weitere Krankheitskostenversicherung mit Zahnleistungen bestehen.