

Zahnersatz-Tarif MediZ Premium für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand 01.07.2013)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt

100 % der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (vgl. Abschnitt B.1 und B. 2) im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V (s. Anhang), sofern privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind.

90 % der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz und Implantate (vgl. Abschnitt B.1 und B. 2) im Rahmen privat Zahnärztlicher Versorgung nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens, wenn in den vorangegangenen fünf Jahren eine ununterbrochene Zahnärztliche Vorsorge nachgewiesen wird. Der Erstattungssatz beträgt **85 %**, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Zahnärztliche Vorsorge nachgewiesen wird.

Wird eine dem Grunde nach zur Verfügung stehende Vorleistung der GKV nicht in Anspruch genommen, so werden bei Vorlage der Originalrechnung (vgl. Abschnitt B. 7) die sich nach Ziffer 1 ergebenden Leistungen zur Hälfte erbracht.

1.1 Höhe der Erstattung

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediZ Premium begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt

750 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
1.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,
2.250 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.

Bei Zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 5) entfallen diese Höchstsätze.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für Zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediZ Premium ab dem fünften Versicherungsjahr.

2. Kieferorthopädische Behandlung

100 % der in Rechnung gestellten Kosten für eine erstmalige medizinisch notwendige Behandlung einer Zahn- oder Kieferfehlstellung, die eine Korrektur erfordert. Die ärztliche Behandlung muss vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen werden.

2.1 Höhe der Erstattung

Sofern die GKV keine Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt, sind die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediZ Premium begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt

200 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
300 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,
300 Euro pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr.

Sofern die GKV Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt (§ 29 SGB V, s. Anhang), sind die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediZ Premium begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt

100 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
150 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,
150 Euro pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für Zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediZ Premium ab dem vierten Versicherungsjahr.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterung

1. Als Aufwendungen für Zahnersatz und Implantate werden anerkannt: Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen, Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays, Prothetische Leistungen (Brücken, Stifzähne, Voll- oder Teilprothesen sowie deren Reparatur), Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial, sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Material- und Laborkosten, Anästhesie sowie die Kosten für den Heil- und Kostenplan.
Keramischer Zahnersatz und keramische Verblendungen sind bis Zahn 8 erstattungsfähig.
2. Für die Inanspruchnahme von Zahnersatzleistungen empfehlen wir, einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes, der auch spezifizierete Kosten für Material und Laborleistungen enthält, einzureichen. Der Versicherer teilt unverzüglich die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.

Für die Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen muss ein Heil- und Kostenplan zusammen mit dem Vorleistungsnachweis oder mit dem Ablehnungsbescheid der GKV eingereicht werden.
3. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
4. Entstandene Aufwendungen sind durch Originalrechnungen oder Rechnungskopien nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses angegeben sein müssen.
5. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
6. Die Erstattung aus Tarif MediZ Premium darf zusammen mit der Vorleistung der GKV die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.
7. Eine dem Grunde nach zur Verfügung stehende Vorleistung wird nicht in Anspruch genommen, wenn z. B. Originalrechnungen nicht bei der gesetzlichen Krankenkasse eingereicht wurden, oder die gesetzliche Krankenkasse keine Leistung erbringt, weil ein Arzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde.
8. Stellt die GKV zukünftig für eine medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahme keine befundbezogenen Vorleistungen zur Verfügung, so werden bei Vorlage der Originalrechnung die sich nach Ziffer 1 ergebenden Leistungen im tariflichen Umfang erbracht. Befundbezogene Vorleistungen werden dann nicht zur Verfügung gestellt, wenn z. B. Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen werden.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung/Obliegenheit

Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediZ Premium zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang:
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)
Fünftes Buch (V)
Gesetzliche Krankenversicherung

Leistungen bei Krankheit

**§ 29 Kieferorthopädische
Behandlung**

- (1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.
- (2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.
- (3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

Zahnersatz

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
 1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
 1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
 2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundversicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
 3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegränze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andere Versorgung durchgeführt wird.

Tarif MediProphy für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

(Stand: 01.01.2013)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB / KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Zahnbehandlung** **100 %** der nach Vorleistung eines Trägers der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Inlays und Kronen, vgl. Abschnitt B. 2.) und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums.
- Werden keine Vorleistungen eines Trägers der GKV nachgewiesen, so werden bei Vorlage der Originalrechnungen die sich nach Ziffer 1 ergebenden Leistungen zu **80 %** erbracht.
- 2. Zahnprophylaxe** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxemaßnahmen (vgl. Abschnitt B. 6.). Als Zahnprophylaxemaßnahmen werden erstattet:
- Professionelle Zahnreinigung bis zu einem Betrag von **100 EUR** pro Kalenderjahr,
 - Versiegelung (Fissurenversiegelung),
 - Fluoridierung,
 - Speicheltest zur Keimbestimmung,
 - Erstellung eines Mundhygienestatus,
 - Kariesrisikodiagnostik.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen**
1. Als Nachweis der Aufwendungen nach Ziffer 1 sind Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken der GKV vorzulegen.
 2. Aufwendungen für Inlays/Einlagefüllungen und Kronen sind nicht versichert.
 3. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt. Die Höhe einer Vorleistung der GKV sowie die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt müssen nachgewiesen werden.
 4. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.
 5. Die Erstattung aus dem Tarif darf zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.
 6. Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

- Erläuterungen**
- Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der deutschen GKV versichert sind.
- Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif **MediProphy** zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

- Beitragsberechnung**
1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
 2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
 3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.