

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 Sieht der Tarif die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?
- 1.6 Leistet die Versicherung auch bei einer Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung?
- 1.7 Können fehlende Zähne mitversichert werden?
- 1.8 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn bei Antragstellung bereits eine Behandlungsmaßnahme läuft?
- 1.9 Was passiert, wenn vorhandene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht in Anspruch genommen werden?
- 1.10 Gelten die heute genannten Leistungen auch dann noch, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zuschüsse im Zahnbereich zukünftig weiter streichen sollte?
- 1.11 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?
- 1.12 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 Wurzelkanal- und Parodontosebehandlungen vor?
- 2.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?
- 2.6 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 / Onlays vor?
- 3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Keramikverblendungen vor?
- 3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?
- 3.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 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

ARAG Z 100

1. Allgemeine Grundsätze

Der Tarif ARAG Z 100 kann abgeschlossen werden, wenn eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht.

1.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) für Zahnersatz bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

1.2 Gibt es ein bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis?

Nein, es gibt kein bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis. Die ARAG berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen auf der Basis des Rechnungsbetrages.

1.3 Sind die Leistungen in den ersten Jahren begrenzt?

Ja, in den ersten 24 Monaten gilt eine Begrenzung von 500,- € Erstattungsbetrag vom 01. bis 12. Monat und 1.000,- € Erstattungsbetrag vom 13. bis 24. Monat. Die Begrenzungen entfallen bei dem Behandlungsbedarf, der nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurück zu führen ist. Ab dem 25. Monat nach Versicherungsbeginn stehen die Leistungen ohne Begrenzung zur Verfügung.

1.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Ja, die Mindestversicherungsdauer beträgt zwei Kalenderjahre. Das erste Kalenderjahr endet am 31.12. des Beginnjahres. Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer können Sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen.

1.5 Sieht der Tarif die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?

Der Tarif ARAG Z 100 ist mit Alterungsrückstellungen kalkuliert, sodass für Erwachsene keine automatischen jährlichen oder nach Beitragsgruppen gestaffelten Beitragserhöhungen vorgesehen sind. Beitragsanpassungen aufgrund veränderter Rahmenbedingungen sind dennoch möglich.

1.6 Leistet die Versicherung auch bei einer Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung?

Wird eine Behandlung von Ärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt, sodass zustehende Kassenleistungen nicht in Anspruch genommen werden können, dann erfolgt keine Leistung aus dem Tarif ARAG Z 100.

1.7 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, seit dem 01.07.2011 können bis zu drei fehlende, nicht ersetzte Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken, bzw. bis zu drei bereits durch herausnehmbare Prothesen ersetzte Zähne für die zukünftig medizinisch notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz mitversichert werden.

ARAG Z 100

I.8 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn bei Antragstellung bereits eine Behandlungsmaßnahme läuft?

Ja. Für vom Zahnarzt bereits vor Vertragsabschluss angeratenen oder begonnenen Maßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.

I.9 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. Der entsprechende und heute noch ausgezahlte Festkostenzuschuss ist in jedem Fall in Anspruch zu nehmen; zudem muss die Behandlungsleistung von einem Zahnarzt mit Kassenzulassung erbracht werden.

I.10 Gelten die heute genannten Leistungen auch dann noch, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zuschüsse im Zahnbereich zukünftig weiter streichen sollte?

Ja, Leistungen im Tarif ARAG Z 100 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.

I.11 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Nein, wir empfehlen Ihnen jedoch vor jeder kostenintensiveren Behandlungsmaßnahme die Kontaktaufnahme mit der ARAG, um die Kostenübernahme abzustimmen. Bei kieferorthopädischen Behandlungen empfehlen wir Ihnen vor Behandlungsbeginn die Vorlage von Röntgenbildern und Kiefermodell bei der ARAG. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt bei diesen Maßnahmen ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bei der ARAG ein. Für eine Kunststofffüllung oder professionelle Zahnreinigung müssen Sie keinen Heil- und Kostenplan einreichen.

I.12 Gibt es Besonderheiten?

Eine Antragsprüfung erfolgt nur nach Vorlage eines zahnärztlichen Befundberichtes. Bei Personen, deren technisches Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr) zum Zeitpunkt der Antragstellung 55 Jahre und älter ist, wird eine Antragsprüfung nur dann durchgeführt, wenn zusammen mit dem Antrag ein zahnärztlicher Befundbericht zum Zahnstatus vorgelegt wird. Das Formular wird Ihnen von uns automatisch zur Verfügung gestellt, die Kosten für den Befundbericht betragen ca. 10,- bis 20,- Euro und sind von Ihnen selbst zu tragen.

Die Leistungsbegrenzung in den Anfangsjahren gilt nur für die ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn. Im Vergleich zu den anderen Hochleistungstarifen ist dies ein sehr kurzer Zeitraum und daher positiv für den Versicherten.

ARAG Z 100

2. Zahnbehandlung

2.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) für Kunststofffüllungen bis zum Regelhöchstsatz (3,5-facher Satz).

2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, nach Versicherungsbeginn besteht eine Wartezeit von drei Monaten. Im Anschluss können Sie Leistungen für Kunststofffüllungen, Zahnbehandlung, Zahnreinigung und Zahnprophylaxe in Anspruch nehmen.

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Kunststofffüllungen
- Zahnreinigung / Zahnprophylaxe
- Wurzelbehandlung
- Parodontosebehandlung
- Aufbissschienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung)

2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanal- und Parodontosebehandlungen vor?

Der Tarif ARAG Z 100 leistet 100 % für Wurzelbehandlungen, sofern die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Leistung gänzlich ablehnt. Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Wurzelbehandlung von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vor, beispielsweise am 6er, 7er oder 8er Zahn, erstattet die ARAG. Es gilt hierbei die medizinische Notwendigkeit der Behandlung.

Der Tarif ARAG Z 100 leistet 100 % für Parodontalbehandlungen, sofern die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Leistung gänzlich ablehnt (z.B. bei Taschentiefe < 3,5 mm). Voraussetzung ist hierbei ebenfalls die medizinische Notwendigkeit der Behandlung.

2.5 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 215 bis 217 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Regel-Höchstsatz erstattet.

ARAG Z 100

2.6 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?

Ja, zwei Sitzungen zur professionellen Zahnreinigung werden pro Jahr generell akzeptiert. Bei medizinischer Notwendigkeit, z.B. bei Parodontose, werden auch vier Sitzungen erstattet.

Folgende Leistungen können Sie u.a. in Anspruch nehmen:

- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (sog. professionelle Zahnreinigung)
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Erstellung des Mundhygienestatus (max. einmal pro Jahr)
- Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes sowie die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen
- Lokale Behandlung von Mundschleimhauterkrankungen

Ihr Zahnarzt hat die erbrachten Maßnahmen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen. Ein Pauschalbetrag oder eine analoge Berechnung anderer GOZ-Ziffern wird nicht akzeptiert.

3. Zahnersatz

3.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) für Zahnersatz bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, nach Versicherungsbeginn besteht eine Wartezeit von acht Monaten. Im Anschluss können Sie Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen wie z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Implantate oder Prothesen in Anspruch nehmen.

3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?

Der Begriff Zahnersatz umfasst:

- Zahnprothesen
- Kronen
- Brücken
- Verblendungen
- Inlays
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes
- Implantate

ARAG Z 100

3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz? (Fortsetzung)

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 nur für bereits vorhandenen festsitzenden Zahnersatz (wie Brücke, Krone, Implantat etc.). Vorhandene, herausnehmbare Teil- und Vollprothesen gelten bei der ARAG nicht als vollwertiger Zahnersatz. Die bisher so ersetzten Zähne gelten im Sinne der Annahmerichtlinien weiterhin als fehlend, können jedoch in den Vertrag eingeschlossen werden. Bis zu drei fehlende, nicht ersetzte Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken, bzw. bis zu drei bereits durch herausnehmbare Prothesen ersetzte Zähne können für die zukünftig medizinisch notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz mitversichert werden.

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Sie erhalten 80 % 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 Bonus 30 erhalten, wird diese Bonusleistung auf den Erstattungsbetrag der ARAG angerechnet, sodass die Gesamterstattung bei 80 % vom Rechnungsbetrag bleibt. Ihr Bonusheft hat bei der Versorgung mit Zahnersatz keinen Einfluss auf die Höhe der Gesamterstattung.

3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

80 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Inlays. Im Tarif ARAG Z 100 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, Gold. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Keramikverblendungen vor?

Verblendungen von Kronen und Brücken sind auch im Seitenzahnbereich erstattungsfähig. Dies gilt sowohl im Unterkiefer als auch im Oberkiefer, sowohl nach rechts als auch nach links, bis einschließlich des jeweils fünften Zahns. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet. Die Behandlung ist von Zahnärzten mit Kassenzulassung durchzuführen. Medizinisch notwendige Veneers (Verblendschalen) werden ebenfalls erstattet. Vor Behandlungsbeginn muss ein Kostenvoranschlag sowie ein Kiefermodell und ein Röntgenbild vorgelegt werden. Die Erstattung beträgt auch hier 80 %.

ARAG Z 100

3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?

80 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Implantate. Im Tarif ARAG Z 100 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.

3.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen vor?

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie in direktem Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen stehen.

4. Kieferorthopädie

4.1 Allgemein

Der Tarif ARAG Z 100 sieht Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen vor.

4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, für kieferorthopädische Maßnahmen besteht eine Wartezeit von acht Monaten.

4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

80 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen, bei denen generell kein Leistungsanspruch gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft

- Kinder und Jugendliche z.B. bei Einstufung in die kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) 1 und 2
- alle Erwachsenen nach Vollendung des 18. Lebensjahres

Für diese Personengruppen gilt die Leistungszusage der ARAG.

Bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3, 4 und 5 erfolgt keine Leistung. Darüber hinaus leistet der Tarif ARAG Z 100 nicht für die Kosten, die entstehen, wenn im Zuge kieferorthopädischer Behandlungen auch Leistungen aus der Mehrkostenvereinbarung in Anspruch genommen werden.

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.

ARAG Z 100

5. Verfahrensweise im Leistungsfall und Ihre Ansprechpartner

5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)

Wir empfehlen Ihnen vor jeder kostenintensiveren Behandlungsmaßnahme die Kontaktaufnahme mit der ARAG, um die Kostenübernahme abzustimmen. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt / Kieferorthopäde ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bitte vor Behandlungsbeginn bei der ARAG ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die ARAG faxen: 089-41249601
- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan zu uns faxen: 0551 - 900 378 90
- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan scannen und unserer Mitarbeiterin Frau Ulrike Reinhardt mailen: u.reinhardt@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 bezahlen Ihren Zahnarzt / Kieferorthopäden innerhalb der Zahlungsfrist und reichen die Rechnung im Original später, ggf. gesammelt, bei Ihrem Zusatzversicherer ein. Dieser überprüft die Rechnung und überweist den Erstattungsbetrag dann auf Ihr Girokonto.
- Sie reichen die Originalrechnung umgehend nach Erhalt beim Zusatzversicherer ein, warten den Eingang der Erstattungsleistung auf Ihrem Girokonto ab und bezahlen Ihren Zahnarzt / Kieferorthopäden 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 Bezahlung Ihres Behandlers ist immer das auf der Rechnung genannte Zahlungsdatum, nicht der Eingang der vom Versicherer ausgezahlten Erstattungsleistung.

ARAG Z 100

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 Marlis Hainz z. B. per Mail mitteilen: m.hainz@acio.de

Bankverbindung:

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

- Mitteilung an die ARAG per Mail: anfrage-kv@arag.de
- telefonische Kontaktaufnahme mit der ARAG unter: 089-41248200
- **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 Uhr bis 19.30 Uhr unter der für Sie **kostenlosen Rufnummer 0800-980 980 I**.

Als Kunde genießen Sie nun den Vorteil einer von der Sichtweise des Versicherers losgelösten, unabhängigen und marktübergreifenden Beratung.