

Tarif CSS.flexi, Baustein Zahnbehandlung

Ergänzungstarif für Zahnbehandlung, Prophylaxe und Kieferorthopädie für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 06.2007

Der Baustein Zahnbehandlung ist integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des CSS.flexi-Tarifes bestehen. Neben diesem Baustein dürfen bei CSS und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung im Inland bestehen. CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsleistungen

1.1 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ, bei Zahnbehandlung 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers max. 100%.

Als Zahnbehandlung gelten konservierende Leistungen (z. B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen), chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion), parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime), Schienen- und Aufbissbehelfe.

1.2 Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet im Rahmen der GOZ bzw. der GOÄ, d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ, bei Zahnprophylaxe 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers max. 100%.

Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

1.3 Kieferorthopädische Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der GOZ bzw. der GOÄ, d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ, bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern für die Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht. Sofern für die Behandlung grundsätzlich ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht, werden für nicht unter diesen Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen bei den Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3–5 80% des Rechnungsbetrages bis max. EUR 600 je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine medizinische Notwendigkeit vorliegt, insbesondere Mini-Metall-, Gold-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen, funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen. Weitere kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in KIG 1–5. Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt nur die tarifliche Leistung für Mehrkostenvereinbarungen. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z. B. bei Einstufungen in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit den dafür vorgesehenen tariflichen Sätzen erstattet.

1.4 Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die ihre Kassenzulassung abgegeben haben, wird der fiktive Betrag, den die GKV erstattet hätte, abgezogen. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.5 Heil- und Kostenpläne

Die bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem Versicherer in Kopie zuzustellen. Generell wird bei geplanten umfangreicheren kieferorthopädischen Behandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes empfohlen.

1.6 Wartezeiten

Für die Leistungen für Zahnbehandlung und Prophylaxe entfallen die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

1.7 Option

Personen, die in diesem Tarif versichert sind, können innerhalb von drei Monaten nach Vollendung des 17. Lebensjahres verlangen, ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit in einen von ihnen ausgewählten für den Neuzugang offenen Tarif des Versicherers mit Leistungen für Zahnersatz aufgenommen zu werden. Der neue Tarif beginnt dann zum 1. des auf den Antrag folgenden Monats.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.flexi ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämienhebung gültige Version des Anhangs.