

Deutsche Zahnversicherung

Zahn-Prophylaxe

Tarifstufe
574

**Die Tarifbedingungen für die Deutsche Zahnversicherung gelten in Verbindung mit den
Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung**

100 44 97/00 (04.14)

1. Versicherungsfähigkeit in der Zahnprophylaxe-Zusatzversicherung (Tarifstufe 574)

Tarifstufe 574 kann nur zu einer Zahnersatz-Zusatzversicherung oder einer Zahnbehandlungs-Zusatzversicherung der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. abgeschlossen werden. Endet die Versicherung in der Zahnersatz- oder Zahnbehandlungs-Zusatzversicherung, so endet auch die Versicherung in Tarifstufe 574, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2. Inhalt und Leistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnprophylaxe .

Hierunter fallen die folgenden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähigen Behandlungen:

- Y die Erstellung eines Mundhygienestatus ,
- Y die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen ,
- Y die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung ,
- Y die Kontrolle des Übungserfolges ,
- Y die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff ,
- Y die Behandlung überempfindlicher Zähne ,
- Y die Erstellung des Parodontalstatus einschließlich Parodontaldiagnostik ,
- Y die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, grober Vorkontakte der Okklusion und Zahnbelägen ,
- Y die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger ,
- Y die professionelle Zahnreinigung: Diese umfasst das Entfernen der supragingivalen / gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen¹ der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ).

Der Versicherer erstattet je Versicherungsjahr 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 170 EUR .

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes die Zahnprophylaxe von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

3. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit .

4. Leistungsnachweis

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung einzureichen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung einmal nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt.

5. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 10., 20., 30., 40., 50., 60., 70., 80., 90. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

¹ Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

Anhang

§ 95 Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

