

Service Unterlagen ARAG Z 70

ARAG Krankenversicherung AG, Prinzregentenplatz 9, 81675 München
Telefon 089-4124-02 Telefax: 089-4124-2525

Allgemeines zur Zusatzversicherung:

Die von uns angebotenen Tarife und daher auch die Zusatzversicherung Z 70 der ARAG haben für Sie Gültigkeit, solange Sie Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind, daher mussten Sie im Antrag auch die Gesellschaft (z.B. AOK, DAK, TTK, o.ä.) und Ihre Versicherungsnummer angeben.

Wichtig ist nur, dass Sie Mitglied einer GKV sind, die Art der Mitgliedschaft ist nicht von Bedeutung, egal ob Sie

- **Pflichtmitglied** sind, z.B. Angestellt mit einem Einkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- **Freiwilliges Mitglied** sind, z.B. Angestellte mit einem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder Selbständige, Freiberufler und Studenten
- **Familienversichertes Mitglied** sind, z.B. nicht berufstätige Ehepartner, und Kinder eines Pflicht- oder Freiwilligen Mitgliedes

Wenn Sie die Art der Mitgliedschaft, oder von einer GKV z.B. AOK zu einer anderen GKV z.B. DAK wechseln müssen Sie dies der ARAG **nicht** mitteilen. Wichtig ist nur, dass Sie weiterhin bei einer deutschen GKV versichert sind und über die Chipkarte abrechnen (Sachleistungsverfahren) . Die ARAG erkennt dann, wenn Sie einen von Ihrer GKV genehmigten Heil- und Kostenplan oder eine Vorleistungsbestätigung vorlegen, bei welcher GKV Sie aktuell versichert sind.

Der von Ihnen abgeschlossene Vertrag kann Sie als GKV Versicherten also ein Leben lang begleiten und Ihnen über Jahre und Jahrzehnte gute Dienste leisten. Dies ist wichtig, denn eine Zahnzusatzversicherung ist keine Versicherung für den Augenblick. Ihre volle Leistung entfalten die Zahnzusatzversicherungen erst nach Ablauf der Wartezeiten und Summenbegrenzungszeiträume. Eine Zusatzversicherung wird häufig zwar erst dann in Betracht gezogen, wenn einem selbst oder im näheren Bekanntenkreis hohe Zuzahlungen zu zahnärztlichen Versorgungen entstanden sind. Man befasst sich gründlich mit dem Thema, trifft eine Entscheidung und wählt eine leistungsstarke Zusatzversicherung. Bis jedoch wieder einmal Leistungen benötigt werden vergeht einige Zeit, wodurch Vieles wieder in Vergessenheit gerät. Damit Sie auch mit einigem zeitlichen Abstand den größtmöglichen Nutzen aus Ihrer Zusatzversicherung ziehen können haben wir nachfolgend die wichtigsten Punkte zusammengetragen, so dass Sie diese im Bedarfsfalle jederzeit nachlesen können.

Kontaktdaten zur Zusatzversicherung:

Vorgänge zu Ihrem: bestehenden Vertrag: Telefon: 089- 4124- 1200 Telefax: 089- 4124- 2617
(z.B. wenn Sie eine Änderung Ihrer Anschrift oder Bankverbindung mitteilen wollen.)

Vorgänge im Zusammenhang mit Leistungsansprüchen:

<u>Nachname</u>	A bis Ha u.Ho	089 – 4124- 130-1	Telefon
	H ohne Ha u.Ho bis P	089 – 4124- 130-2	Telefon
	Q bis Z	089 – 4124- 130-3	Telefon
	Für alle Buchstaben	089 - 4124 - 2601	Telefax der Leistungsabteilung

(z.B. wenn Sie Fragen haben zum Ablauf der Wartezeiten zum Wegfall der Summenbegrenzungen, zu Leistungsansprüchen bei bestimmten Behandlungsmethoden, zum Bearbeitungsstand eingereicherter Heil- und Kostenpläne oder zu Abrechnungs- und Erstattungsvorgängen bereits eingereicherter Original-Rechnungen und Belege.)

Medizinische Service Hotline der ARAG: 01803- 232 391

Dieser Service steht Ihnen zur Verfügung, wenn Sie die Tarife Z 100 und Z 70 versichert haben und spezielle Informationen zu Fachärzten, bestimmten Behandlern oder Praxen suchen.

Service Unterlagen
ARAG Z 70

Versicherungsbeginn: _____ bitte tragen Sie sich hier das in Ihrem Versicherungsschein stehende Beginndatum ein.

Die Wartezeit beträgt **8 Monate** für Zahnersatz, und Kieferorthopädie in dem Tarif **Z 70**.

Ein erster Leistungsanspruch besteht also frühestens ab dem : _____

(Der Tarif Z 70 beinhaltet keine Leistungen für Zahnbehandlung / Zahnreinigung)

Der Versicherungsbeginn ist auch für in einigen Tarifen geltende anfängliche Summenbegrenzungen von entscheidender Bedeutung.

Bei der Leistungsabrechnung wird immer beachtet, zu welchem Zeitpunkt die einzelnen Behandlungsschritte durchgeführt wurden und die Leistungsansprüche somit tatsächlich entstanden sind.

Bei der Planung einer mehrere Sitzungen notwendig machenden, längeren und kostenaufwendigeren Zahnersatzmaßnahme kann es also von Vorteil sein, wenn eine z.B. im November / Dezember begonnene Behandlung erst im Januar / Februar des Folgejahres abgeschlossen wird, um so die maximalen Ansprüche beider Jahre auszuschöpfen. Vorausgesetzt, dass die Behandlungsmaßnahme einen solchen Gestaltungsspielraum zulässt.

Die Versicherer unterscheiden bei den Zeiträumen für die Summenbegrenzungen nach Kalender- oder Versicherungsjahren.

Bei der ARAG Tarif Z 70 gelten die monatsgenauen Versicherungsjahre:

Summenbegrenzung im ersten Versicherungsjahr: max. 400,- Euro
Summenbegrenzung im zweiten Versicherungsjahr: max. 800,- Euro
Ab dem dritten Versicherungsjahr und bei Behandlungskosten die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen bestehen keine Summenbegrenzungen.

Beispiel:

Versicherungsbeginn: 01.05.2007

Ablauf der 8 monatigen Wartezeit zum : 01.01.2008

Zwischen dem 01.05.2007 bis zum 31.04.2008 erfolgt maximal eine Erstattung in Höhe von 400,- Euro

Zwischen dem 01.05.2008 bis zum 31.04.2009 erfolgt maximal eine Erstattung in Höhe von 800,- Euro

Ab dem 01.05.2010 besteht keine Summenbegrenzung mehr

Bitte tragen Sie hier den Versicherungsbeginn : _____ ein der in Ihrem Versicherungsschein steht.

Die 400,- Euro Summenbegrenzung endet am : _____

Die 800,- Euro Summenbegrenzung endet am : _____

Service Unterlagen ARAG Z 70

Ablaufplan, wenn Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt werden müssen:

1. Zahnarzt
Ihr Zahnarzt wird sich bei der Auswahl der notwendigen Behandlungsmethoden nicht von dem Leistungsspektrum einer Zusatzversicherung beeinflussen lassen, sondern nach dem individuellen Befund und dem aktuellen Stand der medizinischen Technik die für Sie sinnvollste Behandlung auswählen. Dennoch wird es von Vorteil sein, wenn die Tarifleistungen mit den anstehenden Behandlungsschritten abgeglichen werden, um alle erzielbaren Vorteile und Synergieeffekte zu Ihren Gunsten zu nutzen. Legen Sie Ihrem Zahnarzt daher unbedingt diese Service Unterlagen vor.
2. Bonusheft
Die ARAG erstattet unabhängig davon, in welcher Höhe Sie einen GKV Bonus bekommen, die Einreichung einer Bonusheftkopie ist bei diesem Versicherer also nicht notwendig. Dennoch sollten Sie Ihr Bonusheft gewissenhaft führen, oder wieder damit anfangen. Dies könnte bei einem möglichen Versicherer Wechsel, oder bei weiteren Schritten (Kürzungen) der Gesundheitsreform einmal wichtig werden.
3. Heil- u. Kostenplan
Die durchzuführende Zahnersatzmaßnahme wird von Ihrer Zahnarztpraxis in einem Heil- und Kostenplan (HKP) dokumentiert. Dort werden der erhobene Befund (B) , die von der GKV vorgeschlagene Regelversorgung (R) und die von Ihrem Zahnarzt angeratene ggf. von der Regelversorgung abweichende Therapieplanung (TP) vermerkt. Dieser HKP ist Ihrer GKV zur Genehmigung und zur Festlegung der Zuzahlung vorzulegen. **Eine Kopie des von Ihrer GKV bearbeiteten HKP reichen Sie bitte bei der ARAG ein**, per Fax: 089 - 4124 – 2601, oder per Post: ARAG Krankenversicherung, Leistungsabtlg. Prinzregentenplatz 9, 81678 München

Wichtig ist, dass Ihre GKV die summenmäßige wie auch die prozentuale Erstattungshöhe dokumentiert, dies gilt insbesondere dann, wenn Ihre GKV nichts erstattet. Nach der Bearbeitung durch die ARAG erhalten Sie eine schriftliche Ergebnismitteilung, bzw. Leistungszusage, sodass Sie die Behandlung ruhigen Gewissens beginnen können. Sollten sich Unstimmigkeiten ergeben lassen sich diese immer besser im **Vorfeld** einer Behandlung klären.
4. Belege
Zur Rechnungserstattung müssen Sie bei Ihrem privaten Versicherer immer die Originalbelege einreichen. Auf dem HKP dokumentiert die GKV ihre Vorleistung. Bei einer Zahnersatz oder Kieferorthopädischen Maßnahme erhalten Sie von Seiten Ihrer GKV immer eine Zahlungsbestätigung mit, oder auf der Originalrechnung. Diese reichen Sie bitte im Original bei der ARAG mit ein. Verwenden Sie dazu ein vom Versicherer bereitgestelltes Formular, oder geben Sie auf dem Begleitschreiben Ihren vollständigen Namen, Ihre Anschrift, Ihre Versicherungsnummer und die Bankverbindung für die Erstattungsleistung an.
5. Fragen
Sollten Leistungen nicht erstattet werden oder sich auch im Vorfeld der Behandlung bei der Erteilung der Leistungszusage zum HKP Unklarheiten ergeben, erfragen Sie den Sachverhalt bitte detailliert bei Ihrem speziellen Sachbearbeiter der ARAG. Gegebenenfalls wäre die Zusage anders ausgefallen, wenn seitens des Zahnarztes in anderer Art und Weise abgerechnet worden wäre. Notieren Sie sich dazu bitte den Namen des Ansprechpartners und den Inhalt seiner Angaben. Erst im Anschluss daran nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf, damit wir Sie bei der weiteren Klärung des Vorganges unterstützen können.



Service Unterlagen
ARAG Z 70

Die Leistungen im Detail:

Zahnersatz:

Regelversorgung: Welcher Erstattung erfolgt für Zahnersatzkosten die im Rahmen der GKV Regelversorgung anfallen ?

70 % inkl. GKV Vorleistung, wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ enthält.

Zahnersatz:

Extraversorgung: Welcher Erstattung erfolgt für Zahnersatzkosten die im Rahmen der GKV Extraversorgung anfallen ?

70 % inkl. GKV Vorleistung.

Inlays: Welche Erstattung erfolgt für Inlays ?

70 % (inkl GKV Vorleistung), erfolgt keine GKV Vorleistung, was bei dem derzeit geltenden Festzuschusssystem eigentlich nicht vorkommt, aber bei weiteren Schritten (Kürzungen) der Gesundheitsreform einmal wichtig werden, leistet der Tarif trotzdem 70 % !!! Egal was die GKV sich einfallen lässt, Sie sind auf der sicheren Seite.

Dabei besteht keine Begrenzung der Inlay-Anzahl pro Kiefer oder der Material-Kosten (Gold , Keramik, Kunststoff) des einzelnen Inlays. Die Behandlung ist von Zahnärzten mit Kassenzulassung durchzuführen, und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abzurechnen. Demnach sind privatärztliche Rechnungsbestandteile nur dann bis zum GOZ Höchstsatz (3,5´fach) erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Maßnahme von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden und nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Verblendungen: entstehen Mehrkosten für die Keramikverblendung von z.B. Kronen oder Brücken im Seitenzahnbereich werden diese Mehrkosten ebenfalls zu 70 % übernommen. Dies gilt für Verblendungen (V) bis einschließlich des 5´er Zahnes.

	Seitenzahnbereich						Frontzahnbereich						Seitenzahnbereich						
Oberkiefer				V	V	V	V	V		V	V	V	V	V				Oberkiefer	
Rechts	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	Links	
Unterkiefer				V	V	V	V	V		V	V	V	V	V				Unterkiefer	
	Seitenzahnbereich						Frontzahnbereich						Seitenzahnbereich						

Die Behandlung ist von Zahnärzten mit Kassenzulassung durchzuführen, und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abzurechnen. Demnach sind privatärztliche Rechnungsbestandteile nur dann bis zum GOZ Höchstsatz (3,5´fach) erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Maßnahme von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden und nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Service Unterlagen ARAG Z 70

Implantate: Welche Erstattung erfolgt für Implantate ?

70 % (inkl GKV Vorleistung),
wobei auch die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial) erstattungsfähig sind, wenn ein Implantat gesetzt werden soll.

Erfolgt keine GKV Vorleistung, was bei dem derzeit geltenden Festzuschusssystem eigentlich nicht vorkommt, aber bei weiteren Schritten (Kürzungen) der Gesundheitsreform einmal wichtig werden, leistet der Tarif trotzdem 70 % !!! Egal was die GKV sich einfallen lässt, Sie sind auf der sicheren Seite.

Dabei besteht keine Begrenzung der Implantat-Anzahl pro Kiefer oder der Material-Kosten des einzelnen Implantats. Die Behandlung ist von Zahnärzten mit Kassenzulassung durchzuführen, und im Rahmen der kassen-ärztlichen Vorschriften abzurechnen. Demnach sind privatärztliche Rechnungsbestandteile nur dann bis zum GOZ Höchstsatz (3,5´fach) erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Maßnahme von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden und nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Funktionsanalytische
Funktionstherapeutische Maßnahmen

Die ARAG zahlt auch für medizinisch notwendige funktionsanalytische, und funktionstherapeutische Maßnahmen, wenn z.B. im Zusammenhang mit Zahnersatz Das Zusammenspiel der neuen und alten Zähne und Kaufflächen etc. überprüft und ggf. eingestellt werden muss. Die GKV zahlt hierfür gar nicht.

Kieferorthopädie:

Welcher Erstattung erfolgt für Kieferorthopädie ?

70 % Erstattung, für Kinder und Jugendliche bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV - z.B. bei Einstufung in KIG 2 , oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres .

Kieferorthopädie:

zum besseren Verständnis:

GKV Kassenleistungen für Kieferorthopädie

Bei der kieferorthopädischen Behandlungen wird die Behandlungsbedürftigkeit und somit auch die Kostenübernahme durch die GKV an Hand der fünf kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) ermittelt und festgestellt.

Die GKV ´en übernehmen die Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr wenn die Befundgruppe einen Schweregrad größer als KIG 2 erreicht. Erwachsene erhalten Leistungen bei schweren Kieferfehlbildungen, bei denen kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind um Kieferfehlbildungen, Anomalien der Bisslage und Zahnstellungsanomalien zu korrigieren.

Service Unterlagen ARAG Z 70

KIG Stufe 1 und 2

gelten nicht als behandlungsbedürftig im Sinne des GKV Leistungskataloges, dennoch durchgeführt Behandlungen sind daher vom Patienten oder von dessen Eltern komplett selbst zu bezahlen.

KIG 1 : eine leichte Zahnfehlstellung, die aus ästhetisch, kosmetischen Gründen zwar behandelt werden kann deren Kosten aber nicht von der GKV übernommen werden.

KIG 2: eine Zahnfehlstellung, die aus medizinischen Gründen eine Korrektur erforderlich macht, deren Behandlungskosten aber wegen des geringen Ausprägungsgrades der Zahn- und oder Kieferfehlstellungen ebenfalls nicht von der GKV übernommen werden.

Zu der oben genannten KIG 2 Gruppe bietet der **ARAG Tarif Z 100** zur Zeit am gesamten deutschen Markt für Zahnzusatzversicherungen **die Besten Leistungen**. Die GKV bezahlt gar nichts.

KIG Stufe 3 bis 5

gelten als behandlungsbedürftig im Sinne des GKV Leistungskataloges die Kosten werden daher im Regelfall in einem zweistufigen System voll übernommen. Abhängig von der Anzahl der ggf. zeitgleich behandlungsbedürftigen Personen (Kinder) innerhalb einer Familie werden 80 % bis 90 % der laufenden Kosten sofort von der GKV übernommen, es verbleibt also nur ein vorzustreckender Eigenanteil von 10 % bis 20 % . Mit dieser Eigenleistung soll die „ Mitarbeit „ der Betroffenen sichergestellt werden. Erst nachdem der behandelnde Kieferorthopäde gegenüber der GKV schriftlich die erfolgreiche Beendigung der kieferorthopädischen Behandlung bestätigt erfolgt gegen Vorlage der Eigenanteilsrechnungen eine Erstattung der selbst bezahlten Behandlungskosten. Entsprechend wichtig ist es die Eigenanteilsrechnungen aufzubewahren.

KIG 3 : eine ausgeprägte Zahn- und / oder Kieferfehlstellung, die aus medizinischen Gründen eine Behandlung erforderlich macht.

KIG 4 : eine stark ausgeprägte Zahn- und / oder Kieferfehlstellung, die aus medizinischen Gründen eine Behandlung dringend erforderlich macht.

KIG 5 : eine extrem stark ausgeprägte Zahn- und / oder Kieferfehlstellung, die aus medizinischen Gründen eine Behandlung unbedingt erforderlich macht.

Kieferorthopädie Mehrleistungen:

Erfolgt eine Einstufung in die KIG Gruppen KIG 3 bis KIG 5 werden alle medizinisch notwendigen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zur Verfügung gestellt und von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen.

Ergänzend werden von Kieferorthopäden Mehrleistungen oder Zusatzleistungen angeboten. Diese Leistungen sind nach Einstufung der GKV ´en rein optisch / kosmetischer Natur oder erhöhen den Trage / Reinigungskomfort und gehen daher über den rein medizinisch notwendigen und über die als wirtschaftlich zweckmäßig vereinbarten Maßnahmen hinaus.

Die für die Mehrleistungen anfallenden Differenzkosten werden Ihnen vom Kieferorthopäden direkt in Rechnung gestellt.

Hier ist auch detailliert auf die Leistungen einer Zusatzversicherung zu achten.

Tarife wie der ARAG Z 70 die für KIG 2 Einstufungen gemäß Tarifleistungen 70 % übernehmen, da die GKV keinerlei Leistungen erbringt, beteiligen sich bei Personen bis zum vollendeten 18 Lebensjahr nicht an Mehrkosten die durch Zusatzleistungen in den Stufen KIG 3 bis KIG 5 anfallen könnten.

Service Unterlagen
ARAG Z 70

**Mindest
Versicherungsdauer**

Die Mindestvertragslaufzeit bzw. die Mindestversicherungsdauer beträgt 3 Kalenderjahre, das erste Kalenderjahr endet am 31.12. des Beginnjahres

Bitte beachten,
bei der Vertragslaufzeit gilt das Kalenderjahr
bei den Summenbegrenzungen das Versicherungsjahr

**Kostenerstattungs
verfahren :**

Bei GKV Versicherten die **nur** das ambulante Kostenerstattungsverfahren gewählt haben erfolgt eine Tarifleistung seitens des Z 100. Bei Wechsel in das komplette Kostenerstattungsverfahren muss dies der ARAG angezeigt und in Tarife der 180 'ger Serie gewechselt werden, andernfalls besteht kein Leistungsanspruch aus dem Tarif Z 100. Zur Erklärung, wählt der GKV-Versicherte statt des üblichen Sachleistungsverfahrens (Chip-Karte) das Kostenerstattungsverfahren, so ist er für mind. 12 Monate an diese Entscheidung gebunden. Der Behandler rechnet dann wie bei privat Versicherten nach der GOÄ, / GOZ ab. Die GKV erstattet von diesem Rechnungsbetrag maximal den Anteil den Sie auch im Sachleistungsverfahren hätte bezahlen müssen. Die Differenz zahlt der Versicherte selbst an seinen Arzt.

**Behandler ohne
Kassenzulassung:**

Wird eine Behandlung von Ärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt erfolgt keine Tarifleistung seitens des Z 100. Hat ein Behandler keine Kassenzulassung ist er kein Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherungen und behandelt entweder nur privat Krankenversicherte, oder stellt auch seinen gesetzlich Krankenversicherten privatärztliche Behandlungsrechnungen gemäß GOÄ, GOZ aus. Eine Abrechnung bzw. Beteiligung der GKV ist hier nicht möglich.

