



Gönnen Sie Ihrem
Lächeln mehr als
Standard

FAQ – Tarif central.prodent

1. Gibt es eine Mindestvertragsdauer?

Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Jahre. Das erste Jahr endet bei unterjährigem Beginn am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Danach gilt: Versicherungsjahr = Kalenderjahr.

Beispiel: bei Abschluss zum 01.04.2008 läuft die Mindestvertragsdauer bis zum 31.12.2009.

2. Wie sind die Kündigungsmodalitäten?

Nach Einhaltung der Mindestvertragsdauer (siehe 1.) können Sie jederzeit mit 3-monatiger Frist zum Ende jeden Kalenderjahres kündigen. Bei Prämienanpassungen oder falls die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung endet, besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht.

3. Wie lange sind die Wartezeiten in denen noch keine Leistung gewährt wird?

Die Wartezeit beträgt für Zahnersatz und Zahnbehandlung (plastische Füllungen) grundsätzlich 8 Monate. Bei Aufwendungen für unfallbedingtem Zahnersatz entfällt die Wartezeit.

4. Gibt es anfängliche oder dauerhafte Summenbegrenzungen / Staffelungen?

Ja, die maximal mögliche Leistung im Tarif prodent ist 6 Jahre lang gestaffelt:

- im 1. und 2. Versicherungsjahr zusammen: maximal 2.500 Euro Leistung möglich
- im 1., 2., 3. und 4. Versicherungsjahr zusammen: maximal 5.000 Euro Leistung möglich
- im 1., 2., 3., 4., 5. und 6. Versicherungsjahr zusammen: maximal 7.500 Euro Leistung möglich

Ab dem 7. Versicherungsjahr, sowie bei unfallbedingtem Zahnersatz entfallen die Begrenzungen.

5. Bis zu welchem Satz der GOÄ / GOZ wird prinzipiell geleistet?

Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ / GOZ (Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte: Regelhöchstsatz 2,3-fach, mit Begründung bis zum 3,5-fachen Satz der GOÄ bzw. GOZ).

6. Können fehlende Zähne mit versichert werden (ggf. gegen Zuschlag)?

Ja – im Tarif prodent können bis zu 3 fehlende Zähne gegen jeweils 5 Euro Zuschlag mit versichert werden (also max. 15 Euro Zuschlag). Bei mehr als 3 fehlenden (nicht ersetzten) Zähnen ist kein Angebot möglich.

7. Ist die Leistung von einer Vorleistung der GKV abhängig, d.h. wird nur dann geleistet, wenn die GKV auch einen Zuschuss erbringt?

Nein, die Central leistet grundsätzlich auch dann, wenn keine Vorleistung durch die GKV erbracht wird. Sofern die GKV keine Vorleistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % für Zahnersatz (anstelle von sonst 90 %).

8. Leistet der Tarif auch dann, wenn ein Privat-Zahnarzt ohne Kassenzulassung Leistungen erbringt (und die GKV dafür gar nicht leistet)?

Ja, Leistung beim reinen Privat Zahnarzt ohne Kassenzulassung 50 % für Zahnersatz (anstelle von sonst 90 %)

9. Wie hoch ist grundsätzlich die vorgesehene Erstattungsleistung im Bereich Kieferorthopädie?

Der Tarif prodent sieht keine Leistungen für Kieferorthopädie vor.

10. Was fällt grundsätzlich unter den Begriff „Zahnbehandlung“?

Der Tarif prodent leistet neben Zahnersatz auch für hochwertige Kunststofffüllungen. Darüber hinaus gehende Zahnbehandlungen wie z.B. Wurzel- oder Parodontalbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.

11. Wie hoch ist grundsätzlich die vorgesehene Erstattungsleistung im Bereich „Zahnbehandlung“?

Kunststofffüllungen: für hochwertige Kunststofffüllungen (dentinadhäsive Rekonstruktionen, Mehrschicht-Composite-Füllungen) leistet die Central im Tarif prodent 90% bis maximal 75 Euro pro Füllung.

12. Wie hoch ist grundsätzlich die vorgesehene Erstattungsleistung im Bereich „Prophylaxe“?

Der Tarif prodent sieht keine Leistungen für Prophylaxe vor.

13. Wie hoch ist grundsätzlich die vorgesehene Erstattungsleistung im Bereich Zahnersatz?

90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, inkl. Festzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse. Sofern keine Vorleistung durch die GKV nachgewiesen wird, beträgt die Erstattungshöhe nur 50 %. Leistung für Zahnersatz, z.B. für (Teil-)Kronen, Brücken, Implantate, Stiftzähne, Prothesen, sogar inkl. Inlays und Onlays.

14. Leistung für Veneers?

Es handelt sich hierbei um Schalen, die auf den sichtbaren Bereich des Zahnes aufgesetzt werden, um die dort vorhandenen Defekte zu verdecken. Da sie dieselbe Funktion erfüllen wie Teilkronen, sind sie abrechnungstechnisch auch so zu behandeln. Die medizinische Notwendigkeit für Veneers ist grundsätzlich zu erfragen.

15. Leistung für Implantate?

90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages inkl. Festzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse. Sofern keine Vorleistung durch die GKV nachgewiesen wird, beträgt die Erstattungshöhe nur 50 %.

Anmerkung: Für das Setzen der Implantate erfolgt zunächst eine Erstattung zu 50 %. Bei Eingliederung der Endversorgung (ca. 6 Monate später) erfolgt erst die Vorleistung der GKV. In diesem Fall wird dann eine Nacherstattung der ersten Rechnung veranlaßt.

16. Ist die Anzahl der Implantate für die geleistet wird unbegrenzt?

Ja, Anzahl der Implantate ist tariflich nicht begrenzt. Hier wird jeder Einzelfall anhand von Berichten, Röntgenbildern und Modellen geprüft.

17. Ist der erstattungsfähige Betrag pro Implantat begrenzt?

Nein, erstattungsfähige Kosten pro Implantat sind tariflich nicht begrenzt (bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ).

18. Werden auch Knochenaufbaumaßnahmen übernommen, wenn medizinisch notwendig und danach Implantate eingesetzt werden?

Ja, sofern der vorhanden Kieferknochen für das Setzen von Implantaten nicht ausreicht, sind die Leistungen für einen medizinisch notwendigen Knochenaufbau mit im Versicherungsumfang enthalten. Da knochenaufbauende Maßnahmen in der GOZ nicht vorgesehen sind, muss der Behandler hier auf Ziffern der GOÄ zurückgreifen. Für den autologen Aufbau mit körpereigenem Knochen kann Ziffer 2255 GOÄ und für den alloplastischen Knochenaufbau mit Fremdmaterial (z. B. "Bio-Oss") Ziffer 2442 GOÄ berechnet werden (je Kieferhälfte). Hier wird jeder Einzelfall anhand von Berichten, Röntgenbildern und Modellen geprüft.

19. Wird auch für Inlays / Onlays geleistet, die medizinisch notwendig sind (also nicht aus ästhetischen Gründen)?

Ja, 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern eine Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse erfolgt (egal wie hoch diese ausfällt). Sofern keine Vorleistung durch die gesetzliche Krankenkasse erbracht wird, beträgt die Erstattungsleistung nur 50 %.

Anmerkung dazu: im Regelfall kann der Zahnarzt auch bei Inlays einen geringen Zuschuss mit der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen (je nach Größe des Defektes sind das ca. zwischen 30 und 50 Euro pro Zahn).

20. Anzahl Inlays / Onlays nicht begrenzt?

Ja, keine tarifliche Begrenzung für die maximale Anzahl erstattungsfähiger Inlays / Onlays. Voraussetzung: medizinische Notwendigkeit – nicht bei Füllungsaustausch aus ästhetischen Gründen!

21. Leistung pro Inlay ohne Begrenzung auf einen Höchstbetrag?

Ja, keine tarifliche Begrenzung auf einen Höchstbetrag pro Inlay / Onlay bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ. Voraussetzung: medizinische Notwendigkeit – nicht bei Füllungsaustausch aus ästhetischen Gründen.

22. Wird grundsätzlich auch für funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen geleistet?

Ja, Leistung auch für Funktionsanalyse und –therapie gemäß GOZ 800 bis 810, wenn diese im Zusammenhang mit einer Zahnersatz-Maßnahme stehen. Sofern in diesem Zusammenhang notwendige Röntgenaufnahmen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden, sind diese ebenfalls im Tarif prodent erstattungsfähig.

Für funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen, die nicht im Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme durchgeführt werden (z.B. bei Aufbisssschienen oder bei der CMD-Therapie), besteht kein Erstattungsanspruch.

Allerdings zahlt die Central die funktionsanalytischen/therapeutischen Maßnahmen nur, sofern sie bei dem Umfang der Zahnersatzmaßnahme gerechtfertigt sind.

23. Leistung für Mehrkosten bei Keramikverblendungen im Seitenzahnbereich bis zu Zahn-Nr.:

Ja, **alle bis** inklusive 6er-Zahn. Keramische Verblendungen für die hinteren Backenzähne (7er) und die Weisheitszähne (8er) sind nach Tarif prodent grundsätzlich nicht erstattungsfähig; eine Einzelfallprüfung ist möglich.

24. Mit wie viel Prozent werden die Materialkosten für Zahnersatz erstattet?

90 % für Material- und Laborkosten gemäß BEL-Liste, sofern eine Vorleistung durch die GKV nachgewiesen werden kann. Erfolgt keine Vorleistung durch die GKV, leistet die Central auch für die entstandenen Materialkosten nur 50 %.

25. Sieht der Tarif Leistungen für Narkose (Vollnarkose) vor?

Ja, aber nur in medizinisch notwendigen Ausnahmefällen

26. Werden bestimmte Leistungen explizit in Tarifbedingungen genannt, für die ausdrücklich keine Leistung erbracht wird?

Nein, keine tariflichen Ausschlüsse

27. Wird ohne Nachteile (Kürzung der tariflichen Erstattungsleistung) auch ohne vorherige Vorlage eines Heil und Kostenplanes (= HKP) bezahlt?

Hinweis: Natürlich ist es positiv, wenn keine Sanktion = Leistungskürzung bei Nichtvorlage eines HKP in den Bedingungen steht, wir empfehlen allerdings zum Selbstschutz vor Übervorteilungen generell bei allen Maßnahmen vorher einen HKP erstellen zu lassen (muss Kassenzahnarzt kostenlos machen – allerdings nicht bei reinen Privatleistungen). Begründung: Wiederholte Tests von Verbraucherschützern haben erwiesen, dass 10 konsultierte Zahnärzte Kostenabweichungen oft von weit mehr als 100 % haben und Fehler in den Abrechnungen, nur durch vorherige Prüfung von HKP's vorher am konfliktfreiesten geklärt werden können.

Ja, keine tariflichen Nachteile, wenn der Kostenplan nicht vor Durchführung der Behandlung bei der Central vorgelegt wird. Die Vorlage wird jedoch von der Central empfohlen.

28. Wird eine Behandlung im Ausland bezahlt?

Grundsätzlich erstreckt sich nach § 1 Abs. 4 der RB/KK 2008 der Versicherungsschutz auf Heilbehandlung in Europa. Diese Regelung berechtigt den VN jedoch nicht, gezielt eine Behandlung im Ausland in Anspruch zu nehmen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Kosten bekanntlich über dem deutschen Niveau liegen (z.B. Schweiz, Österreich). Nach § 13 Abs. 4 der RB/KK 2008 verpflichtet sich die versicherte Person, im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine Minimierung des Schadens zu sorgen. Solange im Ausland die Kosten für (zahn)ärztliche Behandlungen geringer als in Deutschland sind und von einer fachgerechten Behandlung in hinreichend guter Qualität ausgegangen werden kann, akzeptiert die Central Rechnungen von ausländischen Behandlern im Rahmen der tariflichen Bestimmungen. Um eventuellen Problemen bei der späteren Leistungsbearbeitung aus dem Weg zu gehen, wird empfohlen, der Central vorab einen Heil- und Kostenplan zur Prüfung zuzuleiten.

29. Beitragsrückerstattung

Der Tarif prodent sieht keine Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit vor.

30. Wartezeiterlaß

Ein Wartezeiterlaß mittels zahnärztlichem Zeugnis ist nicht möglich.

31. Besonderheiten

Bereits begonnene, beabsichtigte oder angeratene Maßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

32. Informationen

Grundlage sind die AVB Teil I (RB/KK 2008), Teil II (TB/KK 2008) und Teil III (Tarif prodent) der Central.