

### 1 Weshalb benötige ich einen Zahnergänzungs-Tarif?

Die gesetzlichen Krankenkassen kürzen ihre Leistungen.

Zuletzt wurden 2005 gravierende Änderungen vorgenommen. Seitdem wird für Zahnersatz nur noch ein befundbezogener Festzuschuss übernommen – egal, für welche Art der Versorgung Sie sich zusammen mit dem Zahnarzt entscheiden. Diese Festzuschüsse decken im Allgemeinen nicht einmal die im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung tatsächlich anfallenden Kosten ab.

Bei einer zahnärztlichen Maßnahme steht in vielen Fällen nicht nur die Regelversorgung zur Auswahl, sondern auch eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung oder eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung.

Schon bei der Regelversorgung kann eine hohe Eigenbeteiligung entstehen, die von Tarif Z90Bonus zu 90% übernommen wird. Darüber hinaus leistet der Tarif Z90Bonus auch für eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung sowie eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung – und zwar zusammen mit der GKV-Leistung bis zu 90% der tatsächlich entstandenen Kosten.

### 2 Welche Zahnleistungen sind versichert?

**Zahnprophylaxe:** Maximale Erstattung von 2 x 60 Euro pro Kalenderjahr für professionelle Zahnreinigung und zahnprophylaktische Maßnahmen.

**Zahnbehandlung:** 90 % für z.B. Wurzelbehandlung und Kunststoff-Füllungen.

**Zahnersatz:** 90%, wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung), 80% - 90%, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (gleichartige bzw. andersartige Versorgung).

#### **Bonusheftregelung bei Zahnersatz**

Für die Leistungsarten Zahnersatz extra (einschl. Implantaten, Onlays, etc.) und Inlays erfolgt die Kostenerstattung zu mindestens 80%.

Kann der Versicherte für die fünf vergangenen Jahre, z.B. durch ein Bonusheft, die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, so erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf 90 %.

**Kieferorthopädie:** 80%, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (z.B. KIG 2).

**Kieferorthopädie:** 80% der Mehrleistungen, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (z.B. KIG 3). Es werden jedoch maximal 1.000 Euro während der gesamten Vertragslaufzeit erstattet.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen.

Alle Behandlungen müssen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen, also von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV müssen jeweils zuerst in Anspruch genommen werden.

### 3 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnbehandlung vor?

Ja, es sind Leistungen für, Fissurenversiegelung, Parodontalbehandlungen, Schleimhauttransplantationen, Wurzelbehandlungen, Kunststoff-Füllungen und Inlays vorgesehen.

### 4 Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung vor?

Ja, die Kosten für professionelle Zahnreinigung fallen in den Versicherungsschutz. Erstattungsfähig sind Kosten in Höhe von 60 Euro zweimal im Kalenderjahr. Bei einem Versicherungsbeginn nach dem 30.06. eines Jahres ist im ersten Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung nur einmal erstattungsfähig.

Die Kosten für professionelle Zahnreinigung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht erstattet, denn Prophylaxemaßnahmen (2 mal pro Jahr; bei hohem Kariesrisiko bis zu 4 mal pro Jahr) und die Entfernung von Zahnstein (einmal pro Jahr) sowie die Entfernung von weichen Belägen zur Fluoridierung bzw. zur Versiegelung gehören für diesen Personenkreis zum Leistungsumfang der GKV.

### 5 Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelungen vor?

Ja, Fissurenversiegelung zählt zur Zahnbehandlung und wird zu 90 % erstattet.

Fissurenversiegelungen werden auch außerhalb GKV-Richtlinien bei den bleibenden Zähnen erstattet (Fissuren sind die Täler im Kauflächenrelief der Seitenzähne).

Die GKV erstattet bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren die Fissurenversiegelung an den bleibenden Backenzähnen (6er und 7er Zahn). Die kleinen Backenzähne (4er und 5er Zahn) werden aus Z90Bonus erstattet. Es werden keine Fissurenversiegelungen an Milchzähnen erstattet.

## 6 Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlungen vor?

Ja, der Tarif Z90Bonus leistet 90% für Parodontalbehandlungen, sofern die GKV die Leistung gänzlich ablehnt (z.B. bei Taschentiefe < 3,5 mm). Voraussetzung ist hierbei stets die medizinische Notwendigkeit der Behandlung.

Ebenfalls mitversichert sind Lappenoperationen (offene Kürettage) und Knochenaufbau (z.B. mit Emdogain).

Grundsätzlich muss die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. D.h. privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann.

Mehrkosten, die zusätzlich zur Kassenleistung in Rechnung gestellt werden, fallen nicht in den Versicherungsschutz (z.B. Vor- und Nachbehandlungen usw.).

## 7 Sieht der Tarif Leistungen für analoge Berechnungen von speziellen Arbeitsgeräten vor (z.B. Laser, Operationsmikroskop, Vector)?

Die Aufwendungen für den Einsatz von speziellen Arbeitsgeräten bei ambulanten operativen Maßnahmen können nur in Form eines Zuschlages berechnet werden. Dieser Zuschlag ist nur in Verbindung mit bestimmten GOÄ-Ziffern berechenbar, welche im Allgemeinen jedoch für den Zahnarzt nicht zugänglich sind. Im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung nach GOZ kann der Einsatz von speziellen Arbeitsgeräten im Rahmen der Gebührenbemessung, d.h. über den Steigerungsfaktor der jeweiligen GOZ-Ziffern, berücksichtigt werden. Bei korrekter Berechnung erfolgt die Erstattung im tariflichen Umfang.

## 8 Sieht der Tarif Leistungen für eine Schleimhauttransplantation vor?

Ja, bei medizinischer Notwendigkeit erfolgt die Erstattung zu 90%.

## 9 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelbehandlungen vor?

Ja, der Tarif Z90Bonus leistet 90% für Wurzelbehandlungen, sofern die GKV die Leistung gänzlich ablehnt. So werden Wurzelbehandlungen z.B. an den großen Backenzähnen (6er, 7er und 8er Zahn) nur unter bestimmten Voraussetzungen von der GKV bezahlt. Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Wurzelbehandlung von Seiten der GKV nicht vor, erstattet die ARAG. Es gilt hierbei wiederum die medizinische Notwendigkeit der Behandlung.

Grundsätzlich muss die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. D.h. privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann.

Zu den Wurzelbehandlungen dürfen gemäß dem Zuzahlungsverbot keine Mehrkosten (z.B. für Längenbestimmung, medikamentöse Einlagen, Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden usw.) vereinbart werden, wenn die Wurzelbehandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgt. Es sind damit sämtliche Arbeitsschritte mit den Leistungen abgegolten. Es ist nicht zulässig, Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Wurzelbehandlung entstehen, in kassenärztliche (GKV) und privat Zahnärztliche (GOZ) Leistungen aufzuteilen.

Wurzelspitzenresektionen sind Leistungen der GKV und fallen somit nicht in den Versicherungsschutz.

## **10 Sieht der Tarif Leistungen für Kunststoff-Füllungen vor?**

Ja, für Kunststoff-Füllungen leistet der Tarif an bleibenden Front- und Seitenzähnen nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte. Für die Füllungen können die Ziffern 205, 207, 209 und 211 anerkannt werden. Für die dentinadhäsiven Mehrschichtrekonstruktionen werden die Ziffern 215, 216, 214 und 217 zum 2,3-fachen Satz der GOZ anerkannt.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV müssen jeweils zuerst in Anspruch genommen werden.

Kunststoff-Füllungen an Milchzähnen sind Leistungen der GKV und fallen somit nicht in den Versicherungsschutz.

## **11 Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor?**

Ja, die Aufwendungen für Inlays (Gold, Keramik, Kunststoff) sind zu 80% - 90% erstattungsfähig. Es wird in der Regel auf der Rechnung der Kassenzuschuss für eine Amalgamfüllung abgezogen.

Der Unterschied zwischen Kunststoff-Füllungen und Inlays liegt darin, dass Kunststoff-Füllungen direkt im Mund des Patienten eingebracht und Inlays dagegen im Labor hergestellt werden.

## **12 Sieht der Tarif Leistungen für Knirscherschienen (Aufbiss-Schienen) vor?**

Aufbiss-Schienen sind eine Leistung der GKV. Es wird nur die Funktionsdiagnostik hierzu zu 90 % erstattet.

## **13 Sieht der Tarif Leistungen für Speicheltests, Bakterientests usw. vor?**

Diese Maßnahmen sind medizinisch umstritten und deshalb im Allgemeinen nicht im Versicherungsschutz enthalten. Bei Parodontosetests (z.B. DNA-Sondentest, Padotest) wird die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall anhand der Laborwerte geprüft.

## **14 Sieht der Tarif Leistungen für Arzneimittel vor?**

Nein.

## 15 Was versteht man unter „Regelversorgung der GKV“?

Die Regelversorgung der GKV stellt nur die absolute Grundversorgung sicher. So sind z.B. die Kauflflächen bei Zahnkronen nicht mit einem zahnfarbenen Material überzogen. Die hinteren Zahnkronen sind komplett ohne Verblendungen, man sieht nur eine Goldkrone.

## 16 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?

Ja, die Erstattung für Zahnersatz beträgt im Rahmen einer Regelversorgung, d.h. der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält keine GOZ-Anteile, zusammen mit der GKV 90% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Enthält der gesetzliche Heil- und Kostenplan vollständig oder teilweise GOZ-Anteile, handelt es sich um eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung (z.B. Vollkeramikkrone oder Galvanokrone) oder um eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung (z.B. Teleskopprothese oder Krone auf Implantat). In diesem Fall leistet die ARAG zusammen mit der GKV 80% - 90% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Laborleistungen werden entsprechend der BEL- (vertragszahnärztlich vereinbarte Laborpreise) oder BEB- Liste (privatzahnärztlichen Leistungen der Zahntechnikpreise) erstattet.

Maßgeblich für die Erstattung von Versicherungsleistungen ist wiederum die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung. Rein kosmetische Maßnahmen (z.B. Zahnfarbenbestimmung, individuelles charakterisieren der Keramik, Keramikschulter, Farbnahme, Fotodokumentation) sind nicht erstattungsfähig.

Es empfiehlt sich, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan (Kostenvoranschlag) bei der ARAG einzureichen.

## 17 Sieht der Tarif Leistungen für Funktionsdiagnostik im Zusammenhang mit Zahnersatz vor?

Ja, bei medizinischer Notwendigkeit wird die Funktionsdiagnostik tariflich zu 80% - 90 % erstattet (GOZ-Ziffern 800 bis 810). Für Ziffer 800 muss der entsprechende Nachweis zusammen mit der Rechnung eingereicht werden.

## 18 Sieht der Tarif Leistungen für Implantate vor?

Ja, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Implantate werden zu 80% - 90% erstattet. Die Anzahl der Implantate ist tariflich nicht begrenzt. Implantate werden aufgrund medizinischer Notwendigkeit erstattet.

Kieferaufbauende Maßnahmen und die dazugehörigen chirurgischen Maßnahmen sind hierbei ebenfalls zu 80% - 90 % erstattungsfähig.

Bei Implantaten benötigt die ARAG vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag und ein Röntgenbild zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.

## **19 Sieht der Tarif Leistungen für Verblendschalen (Veneere) vor?**

Ja, Verblendschalen werden bei medizinischer Notwendigkeit erstattet. Vor Behandlungsbeginn muss ein Kostenvoranschlag sowie ein Kiefermodell und ein Röntgenbild vorgelegt werden. Die Erstattung beträgt 80% - 90%.

## **20 Leistet der Tarif Z90Bonus auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus?**

Ja, der Tarif Z90Bonus sieht keine Beschränkung auf einen bestimmten Steigerungsfaktor der GOZ vor. Die Erstattung erfolgt in der Regel bis zu Faktor 2,3. Mit entsprechender Begründung kann bis zu Faktor 3,5 abgerechnet werden. Mit gültiger Honorarvereinbarung kann der Höchstsatz überschritten werden, sofern es hierfür objektive Gründe gibt.

## **21 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Kindern und Erwachsenen vor?**

Ja, der Tarif Z90Bonus leistet für kieferorthopädische Maßnahmen.

Für medizinisch notwendige kieferorthopädische Maßnahmen, für die die GKV nicht leistet – wie es bei Einstufung in KIG 2 der Fall sein kann oder bei Personen über 18 Jahren – leistet die ARAG aus Tarif Z90Bonus zu 80 %.

Unter KIG versteht man das befundbezogene kieferorthopädische Indikationssystem mit Einstufung des Behandlungsbedarfs nach kieferorthopädischen Indikationsgruppen. Es löste zum 1. Januar 2002 das therapieorientierte Indikationssystem ab. Anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen wird durch den Kieferorthopäden festgestellt, ob eine Fehlstellung vorliegt, für deren Behandlung der Versicherte einen Leistungsanspruch gegenüber der GKV hat. Hierzu erfolgt die Einstufung des Befundes in fünf verschiedene Behandlungsbedarfsgrade. Die GKV übernimmt die Kosten für die Stufen 3, 4 und 5.

Für medizinisch notwendige kieferorthopädische Maßnahmen, für die die GKV eine Vorleistung erbringt – bei Einstufung in KIG 3, 4 oder 5 – übernimmt die ARAG aus Tarif Z90Bonus 80% der Mehrkosten, maximal jedoch 1.000 Euro während der gesamten Vertragslaufzeit.

Zu diesen so genannten Mehrkosten zählen z.B. Mini- oder Keramikbrackets, Bracketumfeldversiegelung, superelastische Bögen, Zwischendiagnostik, Funktionsanalyse, Lingualtechnik usw., die zusätzlich zur Kassenleistung in Rechnung gestellt werden.

Sollte bei einem Patienten über 18 Jahren Kieferorthopädie angeraten sein, dann ist diese bei medizinischer Notwendigkeit zu 80% erstattungsfähig.

Bitte legen Sie jedoch der ARAG einen Kostenvoranschlag, Röntgenbilder und Kiefermodelle zur Prüfung vor (gilt auch bei Kindern).

## **22 Werden Seitenzahn-Verblendungen erstattet?**

Ja, bis einschließlich Zahn 5. Ab dem 6. Zahn werden die Kosten für Keramikverblendungen nicht erstattet, d.h. für die Zähne 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47 und 48.

## 23 Sieht der Tarif Leistungen für (Voll-)Narkosen vor?

Ja, der Tarif Z90Bonus leistet für medizinisch notwendige Narkosen oder Sedierungen. Dies wird im Einzelfall anhand eines Röntgenbildes und zahnärztlichen Attestes geprüft. Bei Kindern unter 12 Jahren ist zusätzlich der Ablehnungsbescheid der GKV vorzulegen. „Angst vor dem Zahnarzt“ ist allerdings kein Grund für eine Vollnarkose.

Seit dem 01.10.2006 leistet die GKV für (Voll-)Narkosen nur noch bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, und auch dies nur in eingeschränktem Umfang.

## 24 Gibt es Summenbegrenzungen in den ersten Jahren?

Ja, die maximale tarifliche Leistung ist in den ersten Jahren begrenzt.

Im 1. Jahr liegt die Grenze bei 1.000 Euro,  
in den ersten 2 Jahren zusammen bei 2.000 Euro,  
in den ersten 3 Jahren zusammen bei 3.000 Euro,  
in den ersten 4 Jahren zusammen bei 4.000 Euro,  
in den ersten 5 Jahren zusammen bei 5.000 Euro,  
ab dem 6. Jahr unbegrenzt.

Die Begrenzungen in den ersten 5 Jahren entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

## 25 Kann der Tarif Z90Bonus selbständig abgeschlossen werden?

Ja, Voraussetzung ist die Mitgliedschaft in einer deutschen GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge. Für Personen mit Kostenerstattungsprinzip im Zahnbereich ist dieser Tarif jedoch nicht abschließbar.

## 26 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, die Wartezeit beträgt 3 Monate für Zahnbehandlung und 8 Monate für Zahnersatz und Kieferorthopädie.

## 27 Können die Wartezeiten entfallen?

Ja. Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung ein zahnärztlicher Befundbericht mit entsprechendem Untersuchungsergebnis beim Versicherer eingereicht wird. Zudem entfallen die Wartezeiten bei Behandlungen aufgrund eines Unfalls.

## 28 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, bis zu 3 fehlende und/oder durch Prothesen ersetzte Zähne können mit einem Risikozuschlag von 20% je Zahn mitversichert werden.

## 29 Was versteht man unter der Erläuterung „medizinische Notwendigkeit“?

Die Beurteilungsformel für den Begriff der medizinischen Notwendigkeit lautet nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung wie folgt:

„Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen“.

## 30 Was versteht man unter Kalkulation nach Art der Schadenversicherung?

Das in der Krankenversicherung übliche Kalkulationsmodell ist die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung. Ziel dabei ist es, über die gesamte Vertragslaufzeit eine konstante Prämie zu zahlen. Im Allgemein steigen mit zunehmendem Alter die Gesundheitsausgaben. Um die Prämie dennoch konstant zu halten, ist in jungen Jahren im Beitrag ein so genannter Sparanteil enthalten. Dieser wird verzinslich angesammelt (als so genannte Alterungsrückstellung), um die mit zunehmendem Alter höheren Gesundheitsausgaben zu decken.

Bei der Kalkulation nach Art der Schadenversicherung wird auf die Ansammlung von Alterungsrückstellungen verzichtet. Die Kalkulation nach Art der Schadenversicherung ist im Zahnzusatzbereich vertretbar, da die Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter nicht in dem Maße steigen wie zum Beispiel in der stationären Zusatzversicherung.

Bei Tarif Z90Bonus, der nach Art der Schadenversicherung kalkuliert ist, steigen demnach die Beiträge im Vertragsverlauf abhängig vom Alter des Kunden. Der Beitrag richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter. Bei Tarif Z90Bonus wird der Beitrag nach folgenden Altersgruppen gestaffelt:

|               |
|---------------|
| 0 – 15 Jahre  |
| 16 – 20 Jahre |
| 21 – 35 Jahre |
| 36 – 40 Jahre |
| 41 – 45 Jahre |
| 46 – 50 Jahre |
| 51 – 55 Jahre |
| 56 – 60 Jahre |
| 61 – 65 Jahre |

Mit Erreichen einer neuen Altersstufe wird automatisch der Beitrag für die neue Altersstufe fällig. Gleichzeitig entsteht für den Versicherten ein Sonderkündigungsrecht zum Wirksamwerden der Erhöhung.



## 31 Erstattungsbeispiele

### Beispiel 1: Ein Zahn fehlt

Befund: Zahn 15 fehlt

#### a) Regelversorgung:

Brücke von Zahn 14 nach Zahn 16

Gesamtkosten: 700 Euro

Festzuschuss: 400 Euro

Eigenanteil Patient ohne Tarif Z90Bonus: 300 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt auf 90% der Gesamtkosten auf und leistet 230 Euro  
Eigenanteil: 70 Euro

#### b) Gleichartiger Zahnersatz:

Voll verblendete Brücke von Zahn 14 nach Zahn 16

Gesamtkosten: 1.000 Euro

Festzuschuss: 400 Euro

Eigenanteil Patient ohne Tarif Z90Bonus: 600 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt auf mind. 80% der Gesamtkosten auf und leistet 400 Euro  
Eigenanteil: 200 Euro
- Tarif Z90Bonus füllt bei nachgewiesener fünfjähriger Vorsorge auf 90% der Gesamtkosten auf und leistet 500 Euro  
Eigenanteil: 100 Euro

#### c) Andersartiger Zahnersatz:

Implantatskonstruktion zum Ersatz des Zahnes 15

Gesamtkosten: 1.600 Euro

Festzuschuss: 400 Euro

Eigenanteil Patient ohne Tarif Z90Bonus: 1.200 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt auf mind. 80% der Gesamtkosten auf und leistet 880 Euro  
Eigenanteil: 320 Euro
- Tarif Z90Bonus füllt bei nachgewiesener fünfjähriger Vorsorge auf 90% der Gesamtkosten und leistet 1040 EUR  
Eigenanteil: 160 EUR

## Beispiel 2: Krone ist defekt

Befund: Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehend zerstörter klinischer Krone

### a) Regelversorgung:

Vollgusskrone

Gesamtkosten: 230 Euro

Festzuschuss: 115 Euro

Eigenanteil Patient ohne Tarif Z90Bonus: 115 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt auf 90% der Gesamtkosten auf und leistet 92 Euro  
Eigenanteil: 23 Euro

### b) Gleichartiger Zahnersatz:

Vollverblendete Krone

Gesamtkosten: 400 Euro

Festzuschuss: 115 Euro

Eigenanteil Patient ohne Tarif Z90Bonus: 285 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt auf 80% der Gesamtkosten auf und leistet 205 Euro  
Eigenanteil: 80 Euro
- Tarif Z90Bonus füllt bei nachgewiesener fünfjähriger Vorsorge auf 90% der Gesamtkosten und leistet 245 EUR  
Eigenanteil: 40 EUR

### c) Andersartiger Zahnersatz:

Zur Krone gibt es keinen andersartigen Zahnersatz

Maßgebend für alle Leistungen sind neben dem Tarif (Teil III der AVB) die Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung MB/KK 2009 (Teil I der AVB) und die Tarifbedingungen (Teil II der AVB).