

Tarif WellDent Me 80

Barmenia
Krankenversicherung AG

Ergänzungstarif für Personen, die bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind, der mit der Barmenia Krankenversicherung AG einen Vertrag über eine betriebliche Krankenversicherung abgeschlossen hat.

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **WellDent Me 80** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung:

- Teil I** Allgemeine Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenzusatzversicherung (**AVB/bKZV**). Den Teil I finden Sie in einer separaten Unterlage.
Teil II Tarif **WellDent Me 80**. Der Teil II liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **WellDent Me 80** im Versicherungsschein: **WDM80**

Stand 01.05.2026

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **WellDent Me 80**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie unter Abschnitt B.

Leistungen	Erstattung zu
Zahnersatz (zum Beispiel Implantate, Brücken, Kronen)	80 %
Hochwertige Kunststoff-Füllungen	100 %
Wurzel- und Parodontosebehandlungen	100 %
Schmerzlindernde Maßnahmen bei zahnärztlicher Behandlung (zum Beispiel Vollnarkose, Akupunktur, Hypnose)	100 %
Aufbiss-Schienen	100 %
Heilmittel bei funktionellen Störungen des Kausystems und Behandlungen durch Heilpraktiker bei Kausystem-Beschwerden	100 %, bis max. 100 EUR pro Kalenderjahr
Zahnaufhellung (zum Beispiel Bleaching)	100 %, bis max. 200 EUR alle zwei Kalenderjahre
Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen (zum Beispiel Professionelle Zahnreinigung)	100 %, bis max. 100 EUR pro Kalenderjahr
Zahn- und Kieferregulierungen (Kieferorthopädie) bei Beginn der Behandlung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Die Altersgrenze entfällt bei Unfällen.	100 %, einmalig insgesamt 2.000 EUR
Digitale zahnmedizinische Einschätzung bei Zahnbeschwerden über einen von uns benannten Gesundheitsdienstleister	100 %

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **WellDent Me 80** können Personen versichert werden:

- Personen, die bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind, der mit der Barmenia Krankenversicherung AG einen Vertrag über eine betriebliche Krankenversicherung abgeschlossen hat. Die Versicherungsfähigkeit bleibt auch dann bestehen, wenn der Vertrag zwischen dem Arbeitgeber und der Barmenia endet.
- Angehörige des Arbeitnehmers (Kinder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, Ehepartner, eingetragene Lebenspartner).
- Personen, die im unmittelbaren Anschluss an den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach **WellDent 80** ihr Weiterversicherungsrecht in Anspruch nehmen.

B. Tarifliche Leistungen

Wichtige Hinweise zum Leistungsanspruch!

Der Tarif **WellDent Me 80** bietet Ihnen bzw. den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel gesetzliche oder private Krankenversicherung) ergänzt. Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Bitte nehmen Sie diese Vorleistungen zunächst in Anspruch, bevor Sie Rechnungen bei der Barmenia einreichen.

Absolute Selbstbeteiligungen anderer Kostenträger (zum Beispiel ein Jahres-Selbstbehalt einer privaten Kranken- oder Zahnzusatzversicherung) werden durch den Tarif **WellDent Me 80** nicht erstattet. Als Vorleistung gilt in diesen Fällen die Erstattung vor Abzug solcher Selbstbeteiligungen.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen erstatten wir bis zu den angemessenen Preisen. Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH).

1. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnersatz. Unter den Versicherungsschutz für Zahnersatz fallen zum Beispiel Inlays, Onlays, Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen und Implantate. Die Kosten für Keramik- und Kunststoff-Verblendungen sind für alle Zähne versichert. Eingeschlossen sind auch Vor- und Nachbehandlungen. Dazu zählen zum Beispiel funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und augmentative Leistungen (Knochenaufbau).

Sind Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert und haben keine weitere private Zahnzusatzversicherung? Dann gilt Folgendes:

80 % der Kosten für Zahnersatz inklusive der Vorleistungen der GKV.

Beispiel 1 (unverbindlich):

Erstattungsfähige Aufwendungen 2.000 EUR, GKV-Vorleistung 400 EUR.

Die 2.000 EUR werden zu 80 % ersetzt (= 1.600 EUR). Von diesem Betrag wird die GKV-Vorleistung abgezogen (1.600 EUR – 400 EUR = 1.200 EUR Leistung). Die Leistung aus diesem Tarif beträgt 1.200 EUR.

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung oder eine private Krankheitskosten-Vollversicherung (PKV)? Dann gilt Folgendes:

100 % der Kosten für Zahnersatz inklusive der Vorleistungen der PKV bzw. GKV.

Reichen Sie die zahnärztliche Rechnung zuerst bei Ihrer privaten Zahnzusatzversicherung bzw. PKV ein und warten Sie auf die Leistungsabrechnung.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

Anschließend senden Sie uns diese Leistungsabrechnung zusammen mit der zahnärztlichen Rechnung und allen Anlagen zu. Wir rechnen die Erstattungen als Vorleistung auf den erstattungsfähigen Betrag an und ersetzen die danach verbleibenden Restkosten zu **100 %**.

Beispiel 2 (unverbindlich):

Erstattungsfähige Aufwendungen 2.000 EUR, PKV-Vorleistung 1.500 EUR. Von den 2.000 EUR wird die PKV-Vorleistung abgezogen (2.000 EUR - 1.500 EUR = 500 EUR). Die Leistung aus diesem Tarif beträgt 500 EUR (Erstattung des verbleibenden Betrages zu 100 %).

Beispiel 3 (unverbindlich):

Erstattungsfähige Aufwendungen 2.000 EUR, GKV-Vorleistung 400 EUR, Vorleistung aus einer anderweitigen privaten Zahnzusatzversicherung 1.000 EUR. Von den 2.000 EUR werden alle Vorleistungen abgezogen (2.000 EUR - 400 EUR - 1.000 EUR = 600 EUR). Die Leistung aus diesem Tarif beträgt 600 EUR (Erstattung des verbleibenden Betrages zu 100 %).

Was passiert, wenn Sie die Ihnen zustehenden Leistungen nicht in Anspruch nehmen?

40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Wenn Sie die Ihnen zustehenden Leistungen der GKV, der PKV oder eines sonstigen Kostenträgers nicht in Anspruch nehmen, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu **40 %** ersetzt. Das gilt zum Beispiel auch dann, wenn Sie einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung aufsuchen oder die Leistung im Ausland erbracht wird und sich die GKV, die PKV oder ein sonstiger Kostenträger deshalb nicht an den Kosten beteiligt.

Unsere Empfehlung

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Leistungsbegrenzung in den ersten Kalenderjahren

Die Leistungen für Zahnersatz sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal: 1.000 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal: 2.000 EUR
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal: 3.000 EUR
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen maximal: 4.000 EUR

Ab dem fünften Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt. Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2. Hochwertige Kunststoff-Füllungen

100 % der Kosten für hochwertige Kunststoff-Füllungen. Dazu gehören zum Beispiel Kunststoff-Füllungen, Komposit-Füllungen sowie Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, jedoch keine Inlays und Onlays (Einlagefüllungen).

3. Wurzel- und Parodontose-behandlungen

100 % der Kosten für Wurzel- und Parodontosebehandlungen. Zu Wurzelbehandlungen gehören auch Leistungen im Zusammenhang mit Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen, zum Beispiel elektrometrische Längenbestimmung, OP-Mikroskop oder besondere Methoden zur Reinigung/Desinfektion. Zu Parodontosebehandlungen gehören zum Beispiel auch Biomarkertests, lokale Antibiotika oder Verfahren zur Wiederherstellung von Gewebe und Knochen (Regeneration, Rekonstruktion).

4. Schmerzlindernde Maßnahmen **100 %** der Kosten für schmerzlindernde Maßnahmen bei einer zahnärztlichen Behandlung, sofern sie im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Behandlung gemäß den Ziffern 1 bis 3 stehen.
- Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:
- Vollnarkose
 - Akupunktur
 - Hypnose
 - Analgo-Sedierung
 - Lachgas-Sedierung
5. Aufbiss-Schienen **100 %** der Kosten für Aufbiss-Schienen (auch Knirscherschienen), nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung.
6. Heilmittel bei funktionellen Störungen des Kausystems und Behandlungen durch Heilpraktiker bei Kausystem-Beschwerden **100 %** der Kosten, insgesamt bis zu 100 EUR je Kalenderjahr, für:
- ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel zur Behandlung funktioneller Störungen des Kausystems (zum Beispiel CMD). Dazu zählen zum Beispiel: Physiotherapie, Manuelle Therapie, Krankengymnastik, Wärme-/Kältetherapie und vergleichbare Maßnahmen, einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen für Heilmittel nach § 32 Absatz 2 SGB V, soweit sie der Beschwerdebehandlung des Kausystems dienen.
 - Behandlung des Kausystems durch Heilpraktiker bei entsprechenden Beschwerden. Erstattungsfähig sind ausschließlich die therapeutischen Leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
7. Zahnaufhellende Maßnahmen (zum Beispiel Bleaching) **100 %** der Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen bis zu 200 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren. Dazu gehört zum Beispiel die Aufhellung der Zähne mit Bleaching. Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden oder zahnärztlich begleitet werden.
8. Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen **100 %** der Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen bis zu 100 EUR pro Kalenderjahr.
- Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:
- Professionelle Zahnreinigung
 - Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
 - Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
 - Fissuren-Versiegelung
9. Zahn- und Kieferregulierungen (Kieferorthopädie) **100 %** der Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Während der Vertragslaufzeit erstatten wir insgesamt bis zu 2.000 EUR. Der Grad der Zahnfehlstellung spielt dabei keine Rolle. Darunter fallen beispielsweise auch die Kosten für Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen und festsitzende Retainer.

Voraussetzung ist, dass Sie bei Beginn der Behandlung noch keine 21 Jahre alt sind. Die Altersgrenze entfällt für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Unsere Empfehlung

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Leistungsbegrenzung in den ersten Kalenderjahren

Die Leistungen für Kieferorthopädie nach Ziffer 9 sind in den ersten zwei Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal 150 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 300 EUR

Die Höchstbeiträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

10. Digitale zahnmedizinische Einschätzung bei Zahnbeschwerden

100 % der Kosten für eine digitale zahnmedizinische Einschätzung bei Zahnbeschwerden. Bitte wenden Sie sich dazu an den von uns benannten Dienstleister. Wenn Ihnen hierzu keine Informationen vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns. Die digitale Einschätzung ersetzt keine zahnärztliche Diagnose.

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Leistungen der digitalen Einschätzung. Nicht erstattungsfähig sind insbesondere Folgebehandlungen, therapeutische Maßnahmen sowie Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel oder sonstige Produkte, die im Rahmen der Einschätzung empfohlen werden. Eine Begrenzung der Inanspruchnahme besteht nicht.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge (in EUR) ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Welche Altersgruppen gelten für die Berechnung des Beitrages?

Für diesen Tarif gelten folgende Altersgruppen und Beitragsregelungen:

Die tariflichen Altersgruppen sind: 0 - 21 Jahre, 21 - 30 Jahre, 31 - 40 Jahre, 41 - 50 Jahre, 51 - 60 Jahre sowie ab 61 Jahren.

Der Beitrag der Altersgruppe 0 - 21, 21 - 30, 31 - 40, 31 - 50, 51 - 60, ab 61 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 21 Jahre, 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre bzw. 61 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage ist Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/bKZV). Zum besseren Verständnis für Sie haben wir daraus folgende tarifliche Regelungen nochmals hervorgehoben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Was passiert bei einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses?

Bei einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses haben Sie das Recht, den Vertrag als Versicherungsnehmer auf eigene Rechnung im Tarif **WeilDent Me 80** fortzuführen.