

Anlage1: Wahltarif „BKK Arzt privat“

1. Mitglieder, die den Wahltarif BKK *Arztprivat* gewählt haben, können für sich und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung durch schriftliche Erklärung gegenüber der BKK wählen. Sie sind von der BKK vor ihrer Wahl umfassend über die Bedingungen zu beraten.
2. Die Wahl der Kostenerstattung i. R. des Tarifs „BKK Arzt privat“ ist auf den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung gem. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V und auf denjenigen Kreis der Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten begrenzt, die ihre Teilnahme am Wahltarif „BKK Arzt privat“ erklärt haben. Eine Liste aller teilnehmenden Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten wird dem Mitglied bei Ausübung seines Wahlrechts ausgehändigt. Die jeweils aktuelle Liste wird auf der Homepage der BKK eingestellt / in den Geschäftsräumen der BKK ausgelegt.
3. Das Mitglied ist mindestens für 3 Jahre an die Wahl des Tarifs „BKK Arzt privat“ gebunden. Im Übrigen kann es den Tarif unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich gegenüber der BKK kündigen. Dem Mitglied steht ein Sonderkündigungsrecht nur in besonderen Härtefällen zu. Dies gilt insb. auch für den Fall, dass die vertragliche Beziehung der BKK zu den teilnehmenden Ärzten entfällt.
4. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft zur BKK frühestens zum Ablauf einer dreijährigen Mindestbindungsfrist nach Ausübung des Wahlrechts zum Tarif „BKK Arzt privat“ gekündigt werden.
5. Die BKK übernimmt gegenüber dem Mitglied und dessen mitversicherten Familienangehörigen während der Teilnahme am Tarif „BKK Arzt privat“ die Verpflichtung, die Kosten aus dem Behandlungsvertrag mit den teilnehmenden Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten zu übernehmen. Ausgenommen hiervon sind diejenigen Kosten, die für eine Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der GKV-Leistungskataloges entstanden sind und wo die im Rahmen des Tarifs vereinbarten GOÄ-Sätze überschritten werden. Von der Kostenübernahme unberührt bleibt der vom Mitglied und dem Versicherten zu zahlende Eigenanteil sowie die Praxisgebühr.
6. Der vom Mitglied und dem Versicherten zu zahlende Eigenanteil beläuft sich auf 10 v. H. des Rechnungsbetrages für die Erbringung der ambulanten ärztlichen Behandlung. Er ist der Höhe nach insgesamt (Mitglied inkl. Familienversicherter) begrenzt auf einen kalenderjährlichen Betrag von 160,- €.