

## Kostenerstattungsverfahren der BKK ProVita

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden grundsätzlich als sogenannte Sach- bzw. Dienstleistung über Ihre Gesundheitskarte bzw. Kassenrezept vom zugelassenen Leistungserbringer direkt mit der Krankenkasse abgerechnet.

Sofern Sie die Kostenerstattung wählen, gelten Sie gegenüber den kassenzugelassenen Leistungserbringern quasi als Privatpatient und erhalten von diesem eine entsprechend Privatabrechnung.

Im Anschluss reichen Sie die entsprechenden Privatabrechnungen bei Ihrer BKK ProVita ein und erhalten eine anteilige Kostenrückerstattung bis zur Höhe der vergleichbaren über Ihre Gesundheitskarte abrechenbaren Kosten abzüglich der vorgesehenen gesetzlichen Zuzahlung und eines Abschlages für Verwaltungskosten (5 % des Rechnungsbetrages, maximal 40,00 € je Rechnung).

Sie können die Kostenerstattung für folgende Bereiche wählen:

- ambulante ärztliche Behandlungen
- ambulante zahnärztliche Behandlungen einschließlich KFO Leistungen
- veranlasste Leistungen, z. B. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- stationärer Krankenhaus-Bereich
- alle genannten Bereiche

Bitte beachten Sie, dass Sie uns vor Inanspruchnahme der Leistung hierüber in Kenntnis setzen müssen. Ein entsprechendes Formular senden wir Ihnen bei Bedarf gerne zu. An die Wahl der Kostenerstattung sind Sie für mindestens ein Quartal gebunden. Diese Wahl kann nicht für einzelne Ärzte bzw. Einrichtungen getroffen werden.

Folgende Informationen bitten wir bei Ihrer möglichen Entscheidung zu beachten:

- Aufgrund der unterschiedlichen Abrechnungssysteme verbleiben in der Regel mehr oder weniger hohe Selbstbehalte, diese gehen zu Ihren Lasten
- Es können nur Leistungserbringer mit Kassenzulassung in Anspruch genommen werden, z. B. reine privatärztliche Praxen können hier nicht berücksichtigt werden,
- Leistungserbringer ohne Kassenzulassung dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden.
- Es können nur Leistungen berücksichtigt werden, welche generell im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind
- Spezielle Leistungen, z. B. Zahnersatz, ambulante Psychotherapie oder Leistungen der künstlichen Befruchtung sind vorab von der Krankenkasse zu genehmigen. Hierfür benötigen wir immer vor Behandlungsbeginn die entsprechend vorgesehenen Unterlagen, z. B. einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes

Bitte beachten Sie, dass es sich bei unserer Information nur um eine kurze Zusammenfassung handelt, diese ersetzt nicht eine entsprechende Beratung im jeweiligen Einzelfall