

## Besondere Versicherungsbedingungen

# Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit PharMed-Modell

### Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das PharMed-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das PharMed-Modell sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörenden Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen massgebend.

### ZWEITER TITEL – VERSICHERUNGSFORMEN

#### ERSTES KAPITEL – ORDENTLICHE KRANKENPFLEGE-VERSICHERUNG

##### Artikel 1 – Leistungsumfang

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 24 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

##### Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen des folgenden Kapitels 2.

2.4 Auf den Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit von der Franchise befreit.

##### Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf spezifische Mutterschaftsleistungen wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit vom Selbstbehalt befreit.

### Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung des Versicherten

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei der Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres dieser Versicherungsdeckung bei, rechnet die Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Wurden weder Franchise noch Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch den Versicherten.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

### Artikel 5 – Leistungen

Die Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

### Artikel 6 – Stationärer Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik

Lässt sich eine versicherte Person in der Privatabteilung einer im Sinne des KVG in der kantonalen Spitalliste aufgeführten Spitaleinrichtung oder in einer Klinik behandeln, erbringt die Assura Leistungen nach Massgabe des Tarifs der allgemeinen Abteilung einer im Sinne des KVG in der kantonalen Spitalliste aufgeführten angemessenen Spitaleinrichtung des Wohnkantons der versicherten Person.

### Artikel 7 – Wahl der Spitaleinrichtung

Die versicherte Person muss sich in einer für die benötigten Pflegeleistungen geeigneten Spitaleinrichtung behandeln lassen. Andernfalls werden die Leistungen nach dem für die Behandlung massgebenden Tarif einer im Sinne des KVG in der kantonalen Spitalliste aufgeführten angemessenen Spitaleinrichtung des Wohnkantons der versicherten Person berechnet.

## Artikel 8 – Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthaltes

8.1 Der tägliche Beitrag zu Lasten der versicherten Person an die Kosten eines Spitalaufenthaltes beträgt CHF 15.

8.2 Keinen Beitrag zu entrichten haben:

- a) Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung im Sinne von Art. 61 Abs. 3 KVG
- b) Frauen für spezifische Mutterschaftsleistungen
- c) Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft für allgemeine Leistungen bei Krankheit.

## Artikel 9 – Persönliche Auslagen

Die Kosten für die Miete von Radio- oder Fernsehgeräten, für Telefongespräche, zusätzliche Getränke usw. werden von der Assura nicht übernommen.

## Artikel 10 – Mutterschaft

Die Assura übernimmt neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit

- a) die Kosten ohne Franchise und ohne Selbstbehalt für 7 Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft sowie 1 Kontrolluntersuchung zwischen der 6. und 10. Woche nach der Niederkunft;
- b) die Kosten für die Geburtshilfe durch einen Arzt oder eine Hebamme im Falle einer Entbindung zu Hause sowie für das hierzu benötigte Material;
- c) einen Kostenbeitrag für einen von Hebammen durchgeführten Einzel- oder Gruppenkurs zur Geburtsvorbereitung;
- d) die Kosten für maximal 3 notwendige Stillberatungs-sitzungen;
- e) die Kosten für die Behandlung und den Spitalaufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich zusammen mit seiner Mutter im Spital aufhält.

Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit von der Kostenbeteiligung befreit.

## Artikel 11 – Badekuren

Die Assura gewährt einen Beitrag von CHF 10 pro Tag während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr an die Kosten ärztlich verordneter Badekuren.

## Artikel 12 – Zahnärztliche Behandlungen

Die Assura übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese durch eine schwere Erkrankung des Kausystems oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung im Sinne der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995 bedingt ist.

## Artikel 13 – Transport- und Rettungskosten

- a) Die Assura übernimmt 50% der medizinisch indizierten und der medizinischen Situation angepassten Transportkosten. Der Höchstbetrag beläuft sich auf CHF 500 pro Kalenderjahr.

- b) Die Assura übernimmt 50% der Rettungskosten in der Schweiz, aber höchstens CHF 5'000 pro Kalenderjahr.

## Artikel 14 – Sehilfen

Die Assura beteiligt sich bis zum vollendeten 18. Lebensjahr der versicherten Person an den Kosten für ärztlich verordnete Brillengläser oder Kontaktlinsen. Der Umfang richtet sich nach Anhang 2 KLV. Vorbehalten bleiben die in Anhang 2 KLV genannten Spezialfälle.

## Artikel 15 – Prävention

Zusätzlich zu den Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung dienen, übernimmt die Assura die Kosten für Massnahmen der medizinischen Prävention gemäss Kapitel 3 Art. 12 KLV.

## ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

### Artikel 16 – Nicht versicherte Risiken

Die Kosten für Erwerb oder Miete von Apparaten, orthopädischen Hilfsmitteln und Prothesen, welche nicht obligatorische Leistungen im Sinne des Gesetzes darstellen, sowie Luft-, Höhen- und Erholungskuren werden nicht vergütet.

### Artikel 17 – Leistungsdauer

Ambulante und stationäre Behandlungen werden zeitlich unbeschränkt übernommen.

## Zweites Kapitel – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

### Artikel 18 – Anwendbares Recht

Unter Vorbehalt der nachstehenden Artikel sind die Bestimmungen des ersten Titels sowie des ersten Kapitels des zweiten Titels anwendbar.

### Artikel 19 – Zweck

Die Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

### Artikel 20 – Wahlfranchise

20.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

20.2 Erwachsene und/oder junge Erwachsene können eine Franchise von CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 wählen.

20.3 Die Franchise für Kinder kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

## Artikel 21 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

21.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

21.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

21.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

## DRITTES KAPITEL – PHARMED-MODELL

### Artikel 22 – Leistungsumfang

22.1 Mit der Wahl des PharMed-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den nachfolgenden Art. 22.2 bis 22.6 einverstanden.

22.2 Ausser bei nachgewiesenem Notfall verpflichtet sich die versicherte Person, immer zuerst den Hausarzt zu konsultieren, den sie unter Ärzten ausgewählt hat, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind und dessen Kontaktdaten sie der Assura mitgeteilt hat. Dieser Hausarzt ist der Ansprechpartner der versicherten Person. Er koordiniert alle medizinischen Belange und entscheidet, ob er die Behandlung selber durchführt oder ob er die versicherte Person einem Spezialisten überweist. In diesem Fall ist der Versicherte verpflichtet, vor seiner Konsultation durch einen Spezialisten von seinem Hausarzt einen ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein anzufordern. Dieser Überweisungsschein ist der Rechnung des Spezialisten beizulegen. Sprechstunden beim Augenarzt oder Gynäkologen fallen nicht unter diese Bestimmungen.

22.3 Ausser bei nachgewiesenem Notfall oder bei Aufenthalt im Ausland verpflichtet sich die versicherte Person ebenfalls, ihre Medikamente und/oder alle anderen pharmazeutischen Präparate, welche zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen, ausschliesslich bei einer auf der Liste der anerkannten Apotheken aufgeführten Apotheke zu beziehen. Nur diese Apotheken gelten als Ansprechpartner. Sie koordinieren alle Fragen im Zusammenhang mit medikamentösen Behandlungen, welche der versicherten Person verschrieben werden.

Die obgenannte Liste ist integraler Bestandteil der Versicherungsbedingungen des PharMed-Modells.

22.4 Der Wechsel des Hausarztes ist nur mit vorgängiger Zustimmung der Assura möglich.

22.5 Verstösst die versicherte Person gegen die in Ziffer 22.2 bis 22.4 festgelegten Bestimmungen, verliert sie ihren Leistungsanspruch gegenüber der Assura.

22.6 Für weitere Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell wird auf Art. 41 Abs. 4 KVG und Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG und Art. 99 bis 101 KVV sowie auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

### Artikel 23 – Beitritt und Austritt aus dem PharMed-Modell

23.1 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einem Kanton, in dem die Assura das PharMed-Modell anbietet und die über die ordentliche Krankenpflegeversicherung sowie die ordentliche Franchise von CHF 300 für Erwachsene und von CHF 0 für Kinder verfügt, kann jederzeit ihren Beitritt zum PharMed-Modell erklären.

23.2 Unter Vorbehalt von Art. 23.3 ist der Austritt aus dem PharMed-Modell nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres möglich und bedingt den nahtlosen Übergang in eine andere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Assura. Der Austritt gilt nicht als Kündigung bei der Assura. Art. 7 Abs. 3 und 4 KVG bleiben vorbehalten.

Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

23.3 Zieht die versicherte Person in einen Kanton um, in welchem das PharMed-Modell von der Assura nicht angeboten wird, wechselt sie automatisch in die ordentliche Krankenversicherung mit derselben Franchise über.

23.4 Steht einer versicherten Person, infolge der Entfernung einer bisher anerkannten Apotheke von der Liste der anerkannten Apotheken keine anerkannte Apotheke in ihrer Region mehr zur Verfügung, so hat sie das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der entsprechenden Mitteilung in ein anderes Grundversicherungsmodell der Assura mit gleicher Franchise zu wechseln.

## DRITTER TITEL – INKRAFTTRETEN

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2022 in Kraft.

## Assura-Basis AG