

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung Modell PlusMed

Ausgabe 03.2023

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das PlusMed-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 PlusMed-Modell massgebend 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.

Für weitere Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Ein- und Austritt der Versicherten wird auf Art. 41 Abs. 4 KVG, Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG, Art. 99 bis 101 KVV sowie auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Mit der Wahl des PlusMed-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den Besonderen Versicherungsbedingungen gemäss Kapitel 3 einverstanden. Im Gegenzug profitiert sie von ermässigten Versicherungsprämien.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 24 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 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 den Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

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

Artikel 4 – Kostenbeteiligung bei Familien und bei Beitritt im Verlaufe des Jahres

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei der Assura-Basis AG (Assura) 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 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 die versicherte Person.

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

Artikel 5 – Leistungen

5.1 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.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen des folgenden Kapitels 3.

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 behandeln, so erbringt Assura im Umfang ihrer Leistungsverpflichtung gemäss KVG jene Leistungen, die sie zu erbringen verpflichtet wäre, wenn der Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung einer im Sinne des KVG in der kantonalen Spitalliste aufgeführten

angemessenen Spitaleinrichtung des Wohnkantons der versicherten Person erfolgen würde.

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 zulasten 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.

Artikel 9 – Persönliche Auslagen

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

Artikel 10 – Mutterschaft

10.1 Assura übernimmt bei Schwangerschaft und Geburt die gleichen Leistungen wie bei Krankheit und zusätzlich oder mindestens:

- a) die Kosten für sieben Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft sowie eine Kontrolluntersuchung zwischen der 6. und 10. Woche nach der Geburt ohne Erhebung von Franchise und Selbstbehalt;
- 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 drei notwendige Stillberatungssitzungen;
- e) die Kosten für die Behandlung und den Spitalaufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich zusammen mit seiner Mutter im Spital aufhält.

10.2 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen 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

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

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

13.2 Assura übernimmt 50% der Rettungskosten in der Schweiz, aber höchstens CHF 5'000 pro Kalenderjahr.

Artikel 14 – Sehhilfen

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 Assura die Kosten für Massnahmen der medizinischen Prävention gemäss Kapitel 3 Artikel 12 KLV.

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 zu den durch das KVG festgelegten Bedingungen zeitlich unbeschränkt übernommen.

Kapitel 2 – 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 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

20.3 Die Franchise für ein Kind 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.

Kapitel 3 – Das PlusMed-Modell

Artikel 22 – Assistenztool

22.1 Assura stellt in der Assura App ein Assistenztool zur Verfügung, um die Versicherten, die das wünschen, im PlusMed-Modell zu begleiten.

22.2 Dieses Assistenztool hat zum Ziel, die Versicherten durch den gesamten Behandlungsprozess zu begleiten, das heisst ab dem Moment, in dem ein Gesundheitsproblem auftritt, bis zum Abschluss der durchgeführten Behandlung.

22.3 Dieses Assistenztool wird durch die Dienstleistungsgesellschaft der Assura-Gruppe, Figeas AG, betrieben. Der Betrieb erfolgt im Namen und auf Rechnung von Assura.

22.4 Die Nutzung des Assistenztools erfordert die vorherige Zustimmung der versicherten Person zu den spezifischen Nutzungsbedingungen dieses Tools in der Assura App (nachfolgend Nutzungsbedingungen). In den Nutzungsbedingungen ist insbesondere genau beschrieben, welche Daten bearbeitet werden, und sie legen fest, welche Personen und/oder Stellen zugriffsberechtigt sind. Mit ihrer Zustimmung zu diesen Nutzungsbedingungen ermächtigt die versicherte Person Figeas AG, die erforderlichen persönlichen Daten (Name, Vorname usw.), einschliesslich medizinischer Daten (z. B. Name des Spezialisten und/oder des Leistungserbringers, Arzttermine usw.), zum alleinigen Zweck, die versicherte Person durch ihren Behandlungsprozess zu begleiten, zu verarbeiten.

22.5 Besteht eine Familiengruppierung, so sehen die Nutzungsbedingungen vor, dass die versicherte Person damit einverstanden ist, dass ihre Daten mit den übrigen Familienmitgliedern geteilt werden. Die versicherte Person kann jedoch bei Assura den Austritt aus der Familiengruppierung verlangen, um eine Einzelversicherung zu erhalten.

Artikel 23 – Definitionen

23.1 Spezialisten

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärzte mit einer anerkannten postgradualen Ausbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) sowie die Spitäler und Kliniken in denen er praktiziert.

23.2 Vorsorgeuntersuchung

Medizinische Konsultation einer versicherten Person bei einem Spezialisten, um sicherzustellen, dass der gute Gesundheitszustand nach Behandlungsabschluss fortbesteht.

23.3 Nachsorgeuntersuchung

Medizinische Konsultation einer versicherten Person bei einem Spezialisten, um nach einer abgeschlossenen Behandlung einen dauerhaft guten Gesundheitszustand sicherzustellen.

Artikel 24 – Unsere Partner

24.1 Begleitung der versicherten Person durch ihren Behandlungsprozess

Das PlusMed-Modell sieht vor, die versicherte Person während ihres gesamten Behandlungsprozesses zu begleiten, ab dem Moment, in dem ein Gesundheitsproblem eintritt, bis zum Abschluss der Behandlung. Dies geschieht durch den Support der in diesem Artikel genannten Partner sowie durch das Assistenztool gemäss Artikel 22, das die versicherte Person auf freiwilliger Basis nutzen kann.

24.2 Die PlusMed-Gemeinschaftspraxen und -Hausärzte

24.2.1 Bei Abschluss des PlusMed-Modells verpflichtet sich die versicherte Person unter den Vorschlägen auf der Internetseite von Assura eine PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder einen PlusMed-Hausarzt auszuwählen und teilt Assura ihre Wahl mit. Sobald die versicherte Person Assura ihre Wahl mitgeteilt hat, ist sie verpflichtet, bei einem Wechsel der PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder des PlusMed-Hausarztes die vorgängige Zustimmung von Assura einzuholen.

24.2.2 Die Liste der PlusMed-Gemeinschaftspraxen und -Hausärzte kann durch Assura jederzeit einseitig geändert werden.

24.2.3 Falls die von der versicherten Person gewählte PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder der PlusMed-Hausarzt aus der Liste gestrichen wird, wird die versicherte Person schriftlich (per Post oder über den Kundenbereich) informiert. In einem solchen Fall muss die versicherte Person entweder innerhalb von 60 Tagen eine neue PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder einen neuen PlusMed-Hausarzt aus der Liste auswählen oder beantragen, mit einer identischen Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Grundversicherungsmodell zu wechseln. Teilt die versicherte Person Assura nicht innerhalb von 60 Tagen ihre Wahl mit, so wird sie standardmässig in die obligatorische Krankenversicherung (Basis-Modell) übernommen. Der Wechsel der versicherten Person wird, unter Anpassung der Prämie, auf den 1. des Monats nach Ablauf der 60 Tagen wirksam.

24.2.4 Sollte die PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder der PlusMed-Hausarzt einen Aufnahmestopp verhängen, so kann die versicherte Person dennoch die Dienste der PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder des PlusMed-Hausarztes in Anspruch nehmen, sofern sie Assura vor dem Datum, an dem der Aufnahmestopp verhängt worden ist, über ihre Wahl informiert hat. Assura wird das Datum des Aufnahmestopps auf ihrer Internetseite bekannt geben.

24.3 Telemedizinisches Zentrum

24.3.1 Das von Assura ausgewählte Telemedizinische Zentrum erbringt medizinische Beratungen und Fernuntersuchungen. Seine Kontaktangaben sind auf der Internetseite von Assura aufgeführt. Es zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf, dem diese folgen muss.

24.3.2 Von einem Arzt erbrachte Fernuntersuchungen werden gemäss den Bestimmungen des KVG übernommen und gegenüber Assura nach dem Prinzip des Tiers-Payant in Rechnung gestellt.

24.4 Unabhängiger Beratungsdienst

24.4.1 Der von Assura bestimmte und im Internet aufgeführte unabhängige Beratungsdienst ist ein Beratungsdienst, der auf die individuelle Auswahl der geeigneten Ärzte spezialisiert ist.

24.4.2 Die Liste der Spezialisierungen, für die die versicherte Person an den unabhängigen Beratungsdienst gelangen muss, ist auf der Internetseite von Assura abrufbar. Ausserdem erhält die versicherte Person sie zusammen mit der Versicherungspolice.

24.4.3 Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden. In einem solchen Fall wird die versicherte Person schriftlich (per Post oder über den Kundenbereich) informiert. Sie kann innerhalb von 30 Tagen einen Wechsel zu einem anderen Grundversicherungsmodell von Assura mit gleicher Franchise beantragen. Der Wechsel wird am 1. des auf den Antrag der versicherten Person folgenden Monats, unter Anpassung der Prämie, wirksam.

24.4.4 Der Einsatz des unabhängigen Beratungsdienstes und die Suche nach den geeigneten Spezialisten wird der versicherten Person nicht verrechnet.

Artikel 25 – Pflichten der versicherten Person

25.1 Vor einer medizinischen Behandlung

25.1.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich, sich vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung an das Telemedizinische Zentrum, die PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder den PlusMed-Hausarzt zu wenden, gemäss ihrer Wahl und Mitteilung an Assura. Dasselbe gilt für laufende Behandlungen beim Eintritt in das PlusMed-Modell gemäss Artikel 27.3.

25.1.2 Vorbehalten bleiben die in Artikel 26 aufgeführten Bestimmungen für Notfälle und Ausnahmen.

25.2 Konsultation beim Telemedizinischen Zentrum

25.2.1 Stellt das Telemedizinische Zentrum fest, dass die versicherte Person einen Allgemeinarzt aufsuchen muss, so wendet sich diese an die PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder den PlusMed-Hausarzt gemäss ihrer Wahl und Mitteilung an

Assura und befolgt den in Artikel 25.3 beschriebenen Prozess.

25.2.2 In den restlichen Fällen erbringt das Telemedizinische Zentrum eine medizinische Beratung oder zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf, dem diese folgen muss. Das Telemedizinische Zentrum legt insbesondere die Leistungserbringer/Spezialisten fest. Die versicherte Person verpflichtet sich im Sinne der Bestimmungen des KVG letztere zu konsultieren und sich bei diesen behandeln zu lassen. Vorbehalten bleibt die vorherige obligatorische Intervention des Telemedizinischen Zentrums (siehe Artikel 25.2.3).

25.2.3 Falls die versicherte Person einen Spezialisten konsultieren muss, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgelistet ist, weist das Telemedizinische Zentrum sie darauf hin, dass sie sich an den unabhängigen Beratungsdienst wenden muss. Dieser unterbreitet der versicherten Person eine Auswahl von drei Spezialisten. Dabei ermächtigt die versicherte Person das Telemedizinische Zentrum dem unabhängigen Beratungsdienst sämtliche für die Behandlung erforderlichen medizinischen oder sonstigen Informationen zu übermitteln. Der unabhängige Beratungsdienst spricht seine Empfehlungen auf der Basis der vom Telemedizinischen Zentrum erhaltenen Angaben aus. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen drei Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.

25.2.4 Sollte es erforderlich sein, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Spezialisten aufsuchen muss, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, so muss sie sich, bevor sie weitere Schritte unternimmt und insbesondere vor jeder weiteren Konsultation, von sich aus an den unabhängigen Beratungsdienst wenden, um die Empfehlung von drei Spezialisten zu erhalten. **Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen drei Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.**

25.3 Konsultation bei der PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder dem PlusMed-Hausarzt

25.3.1 Die PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder der PlusMed-Hausarzt behandelt die versicherte Person, und entscheidet, ob sie oder er den weiteren Verlauf der Behandlung selber übernimmt oder ob sie oder er die versicherte Person an einen Spezialisten überweist.

25.3.2 Spezialist, dessen Spezialisierung in der Liste von Assura eingetragen ist:

25.3.2.1 Muss die versicherte Person einen Spezialisten aufsuchen, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, so muss sie zuvor den unabhängigen Beratungsdienst konsultieren, um die Empfehlung von drei Spezialisten einzuholen. Dabei ermächtigt die versicherte Person die PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder den PlusMed-Hausarzt dem unabhängigen Beratungsdienst sämtliche für

die Behandlung erforderlichen medizinischen oder sonstigen Informationen zu übermitteln.

25.3.2.2 Der unabhängige Beratungsdienst spricht seine Empfehlungen auf der Grundlage der von der PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder dem PlusMed-Hausarzt erhaltenen Angaben aus. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen drei Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.

25.3.2.3 Sollte es erforderlich sein, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Spezialisten aufsuchen muss, dessen Spezialisierung auf der Liste von Assura aufgeführt ist, so muss sie vor jedem weiteren Schritt, insbesondere vor jeder weiteren Konsultation, von sich aus mit dem unabhängigen Beratungsdienst Kontakt aufnehmen. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen drei Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.

25.3.3 Spezialist, dessen Spezialisierung nicht auf der Liste von Assura aufgeführt ist, oder anderer Leistungserbringer:
Muss die versicherte Person einen Spezialisten, dessen Spezialisierung nicht auf der Liste von Assura aufgeführt ist, oder einen anderen Leistungserbringer konsultieren, so verpflichtet sie sich, sich vor jeder Konsultation bei diesem Spezialisten oder Leistungserbringer durch die PlusMed-Gemeinschaftspraxis oder den PlusMed-Hausarzt einen vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Überweisungsschein auszustellen zu lassen. Dieser Überweisungsschein ist der Rechnung des Leistungserbringers oder des Spezialisten beizufügen.

25.4 Generika

Die versicherte Person verpflichtet sich, Originalpräparate durch Generika zu ersetzen, sofern diese günstiger sind und das Originalmedikament aus medizinischen Gründen nicht unbedingt notwendig ist.

25.5 Sanktionen

Verstösst die versicherte Person gegen die in den Artikeln 24.2, 25, 26.2 und 26.3 sowie in den Artikeln 27.3 und 29.3.2 eingegangenen Verpflichtungen, verliert sie ihren Leistungsanspruch gegenüber Assura. Bei einer auf den vorliegenden Artikel gestützten Leistungsablehnung durch Assura kann die versicherte Person aber rückwirkend auf den 1. Januar des laufenden Jahres einen Übertritt zum Basismodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beantragen. Die Franchise bleibt identisch und die Prämie wird angepasst.

Artikel 26 – Ausnahmen

26.1 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 25.

26.2 Bei nachgewiesenen Notfällen kann die versicherte Person sich an einen Leistungserbringer oder an einen

Spezialisten wenden, ohne zuvor das Telemedizinische Zentrum, die PlusMed-Gemeinschaftspraxis, den PlusMed-Hausarzt oder gegebenenfalls den unabhängigen Beratungsdienst zu kontaktieren. Erfordert die notfallmässig erbrachte Leistung eine Nachbehandlung, **so muss die versicherte Person die in Artikel 25 und 29.3.2 eingegangenen Verpflichtungen einhalten, sobald keine Notfallsituation mehr vorliegt.**

26.3 Muss die versicherte Person einen Spezialisten, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, für eine Vorsorgeuntersuchung oder eine Nachbehandlung aufsuchen, so muss sie sich für die Wahl des Spezialisten für die Vorsorge- oder Nachsorgeuntersuchung nicht an den unabhängigen Beratungsdienst wenden. Wenn hingegen in Folge einer Vorsorge- oder Nachsorgeuntersuchung eine medizinische Behandlung erforderlich werden sollte, so muss die versicherte Person zwingend die in Artikel 25 und 29.3.2 eingegangenen Verpflichtungen einhalten.

Artikel 27 – Beitritt zum PlusMed-Modell

27.1 Dem PlusMed-Modell können alle Personen beitreten, die in einer Prämienregion wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

27.2 Eine Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das PlusMed-Modell anbietet, und die über die ordentliche Krankenpflegeversicherung bei Assura (Basis-Modell) mit einer ordentlichen Franchise von CHF 300 für Erwachsene und/oder junge Erwachsene und von CHF 0 für Kinder verfügt, kann dem PlusMed-Modell jederzeit beitreten.

27.3 Im Falle einer laufenden Behandlung beim Eintritt ins PlusMed-Modell muss die versicherte Person die Verpflichtungen im Sinne der Artikel 24.2, 25, 26.2 und 26.3 sowie Artikel 29.3.2 einhalten. Davon ausgenommen sind stationäre Eingriffe, die vor dem Eintritt ins PlusMed-Modell geplant worden sind und die innert zwei Monaten nach Eintritt der versicherten Person ins PlusMed-Modell erfolgen.

Artikel 28 – Austritt aus dem PlusMed-Modell

28.1 Assura kann das PlusMed-Modell unter Einhaltung einer Ankündigungsfrist von zwei Monaten jeweils per Ende eines Kalenderjahres aufheben. Die versicherte Person wird auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Basis-Modell) oder in ein anderes Grundversicherungsmodell von Assura übernommen. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

28.2 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Prämienregion, in der Assura das PlusMed-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Basis-Modell) übernommen.

28.3 Falls die Koordination durch das Telemedizinische Zentrum, die PlusMed-Gemeinschaftspraxis, den PlusMed-Hausarzt oder den unabhängigen Beratungsdienst aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen (etwa Aufnahme in einem Pflegeheim) nicht mehr möglich ist, hat Assura das Recht, die versicherte Person unter Einhaltung

einer einmonatigen Kündigungsfrist vom PlusMed-Modell auszuschliessen. Sie wird automatisch mit der gleichen Franchise in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Basis-Modell) aufgenommen.

Artikel 29 – Datenbearbeitung

29.1 Prüfung der Versicherungsdeckung

Um die Deckung der versicherten Person zu prüfen, leitet Assura dem Telemedizinischen Zentrum, der PlusMed-Gemeinschaftspraxis (und/oder dem Ärztenetzwerk, die diese unterhält), dem PlusMed-Hausarzt oder dem unabhängigen Beratungsdienst die zur Identifikation notwendigen Daten der versicherten Person (Stammdaten und Deckung) weiter. Davon ausgenommen sind ihre Gesundheitsdaten. Die Weiterleitung dieser Daten, kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

29.2 Datenverarbeitung durch Assura

Assura verarbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, Regressansprüche gegen Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

29.3 Datenaustausch

29.3.1 Die versicherte Person erlaubt Assura und ihren Partnern (Telemedizinisches Zentrum, PlusMed-Gemeinschaftspraxis, PlusMed-Hausarzt oder unabhängiger Beratungsdienst), die für eine optimale medizinische Behandlung und für die Koordination des PlusMed-Modells notwendigen Daten auszutauschen. Dabei werden die geltenden Gesetze und Vorschriften zum Datenschutz eingehalten.

29.3.2 Die versicherte Person erlaubt dem Telemedizinischen Zentrum, der PlusMed-Gemeinschaftspraxis und dem PlusMed-Hausarzt, dem unabhängigen Beratungsdienst die notwendigen medizinischen Informationen weiterzuleiten, damit dieser eine gute Beratungsgrundlage erhält und mit seiner Arbeit die medizinische Behandlung optimieren kann. Zum gleichen Zweck erlaubt die versicherte Person dem unabhängigen Beratungsdienst, diese Daten zu bearbeiten und sie an den ausgewählten Spezialisten weiterzuleiten. Die versicherte Person verpflichtet sich zudem, proaktiv mit dem unabhängigen Beratungsdienst zusammenzuarbeiten und insbesondere ihre auf Ersuchen des unabhängigen Beratungsdienstes übermittelten medizinischen Daten zu vervollständigen. Zur Bearbeitung der Daten der versicherten Person durch den unabhängigen Beratungsdienst ist die ausdrückliche Einwilligung der versicherten Person notwendig, die vorgängig durch den unabhängigen Beratungsdienst eingeholt werden muss.

29.3.3 Die versicherte Person erlaubt dem Telemedizinischen Zentrum, der PlusMed-Gemeinschaftspraxis (und/oder dem Ärztenetzwerk, die diese unterhält) oder dem PlusMed-Hausarzt, Assura die Liste aller von ihnen erbrachten Konsultationen und gegebenenfalls die ausgestellten Überweisungsscheine weiterzuleiten, damit

Assura die Pflichten der versicherten Person und die Rechnungen kontrollieren kann.

29.3.4 Die versicherte Person erlaubt dem unabhängigen Beratungsdienst, Assura die Kontaktdaten der drei von ihr empfohlenen Spezialisten weiterzuleiten. So kann Assura die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person und die Fakturierung überwachen. Der unabhängige Beratungsdienst übergibt Assura regelmässig einen anonymisierten Tätigkeitsbericht, der statistischen Zwecken dient und nachweist, ob das PlusMed-Modell den Bedürfnissen entspricht.

29.4 Gesprächsaufzeichnung des Telemedizinischen Zentrums

Die Beratungsgespräche und die Fernkonsultationen des Telemedizinischen Zentrums werden durch dieses aufgezeichnet und archiviert. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor den juristischen Instanzen zum Beweis herangezogen werden. Assura verfügt jedoch ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

Artikel 30 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. März 2023 in Kraft.

Assura-Basis AG