

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung Modell MediTel

Ausgabe 01.2027

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das MediTel-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 MediTel-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 dazugehörigen Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Mit der Wahl des MediTel-Modells erklärt sich die versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung mit den Besonderen Versicherungsbedingungen gemäss Kapitel 3 einverstanden.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsumfang

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 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 von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis 8 Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen 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 besondere Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis 8 Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei 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 diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt 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, sofern sie von Leistungserbringern erbracht oder verordnet werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen

Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

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

Artikel 8 – Wahlfranchise

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

8.2 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.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

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

9.2 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.

9.3 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 – MediTel-Modell

Artikel 10 – Grundsätze des Modells

10.1. Mit dem Abschluss des MediTel-Modells erklärt sich die versicherte Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung damit **einverstanden**:

- **bei gesundheitlichen Problemen vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung immer zuerst das koordinierende telemedizinische Zentrum zu kontaktieren;**
- **dass das koordinierende telemedizinische Zentrum die Behandlung koordiniert und den Verlauf überwacht;**
- **sämtliche Anweisungen des koordinierenden telemedizinischen Zentrums zu befolgen;**
- **ihre Medikamente und/oder andere pharmazeutische Präparate, die von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, ausschliesslich bei einer von Assura anerkannten Apotheke zu beziehen.**

10.2 Die versicherte Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung erklärt sich damit einverstanden, **einen digitalen Kommunikationskanal mit Assura zu nutzen** (Kundenportal) und **bei der Rechnungskontrolle** für die von ihr in Anspruch genommenen Behandlungen **mitzuwirken**.

Artikel 11 – Die verschiedenen Akteure

11.1 Koordinierendes telemedizinisches Zentrum

Ein koordinierendes telemedizinisches Zentrum im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist ein von Assura als Erstkontakt bestimmter telemedizinischer Fachdienst, dessen Kontaktangaben auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind. Assura kann das koordinierende telemedizinische Zentrum jederzeit einseitig wechseln.

11.2 Allgemeinmediziner

Allgemeinmediziner im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten postgradualen Ausbildung als praktischer Arzt oder als Spezialist für Allgemeine Innere Medizin, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

11.3 Spezialisten

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten postgradualen Ausbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) mit Ausnahme des Spezialisten für Allgemeine Innere Medizin, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

11.4 Unabhängiger Beratungsdienst

Ein unabhängiger Beratungsdienst im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist ein von Assura bestimmter Fachdienst, der auf die Empfehlung von Spezialisten oder anderen Leistungserbringern (Spitäler oder ambulante Operationszentren) spezialisiert ist und dessen Kontaktangaben auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind. Der unabhängige Beratungsdienst kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden.

11.5 Anerkannte Apotheken

Anerkannte Apotheken im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche von Assura bestimmte Apotheken in der Schweiz, die von einer Apothekerin oder einem Apotheker geführt werden, die oder der zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen ist. Deren Kontaktangaben werden auf der Internetseite von Assura aufgeführt. Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden.

11.6 Andere Leistungserbringer

Als andere Leistungserbringer im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen gelten alle zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer, mit Ausnahme der Allgemeinmediziner und der Spezialisten (z. B. Physiotherapeuten).

Artikel 12 – Behandlungsablauf und Pflichten der versicherten Person

12.1 Erstkonsultationen beim koordinierenden telemedizinischen Zentrum

12.1.1 Vor jeder ärztlichen Konsultation und/oder jeder ambulanten oder stationären Behandlung verpflichtet sich die versicherte Person, sich bei gesundheitlichen Problemen an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden. Das koordinierende telemedizinische Zentrum erteilt der versicherten Person medizinische Auskünfte und/oder führt medizinische Fernuntersuchungen durch. Die durch das koordinierende telemedizinische Zentrum erbrachten Fernuntersuchungen werden gemäss den Bestimmungen des KVG übernommen und nach dem Prinzip des Tiers payant in Rechnung gestellt.

12.1.2 Gegebenenfalls vereinbart das koordinierende telemedizinische Zentrum mit der versicherten Person eine angemessene Behandlung, zu deren Einhaltung sich die versicherte Person während eines festgelegten Zeitraums verpflichtet (Behandlungsplan).

12.1.3 Überschreitet der von der versicherten Person eingehaltene Behandlungsweg den im Behandlungsplan vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegten Zeitraum, muss sie sich erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum wenden. Dieses entscheidet, ob eine Verlängerung der Dauer oder eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist.

12.2 Konsultationen bei einem Allgemeinmediziner

12.2.1 Stellt das koordinierende telemedizinische Zentrum fest, dass die versicherte Person eine Behandlung bei einem Allgemeinmediziner benötigt, verpflichtet sich die versicherte Person, innerhalb des im Behandlungsplan festgelegten Zeitraums den Allgemeinmediziner zu konsultieren, dessen Kontaktdaten sie dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum mitgeteilt hat, oder – bei dessen Verhinderung – den vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum empfohlenen Allgemeinmediziner.

12.2.2 Überschreitet der von der versicherten Person eingehaltene Behandlungsweg den im Behandlungsplan vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegten Zeitraum, muss sie sich erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum wenden. Dieses entscheidet, ob eine Verlängerung der Dauer oder eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist.

12.2.3 Ist der Allgemeinmediziner der Auffassung, dass der vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegte Behandlungsplan angepasst werden muss, hat sich die versicherte Person vor jeder weiteren Konsultation an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden, das entscheidet, ob eine Anpassung angezeigt ist.

12.2.4 Ist der Allgemeinmediziner der Auffassung, dass die versicherte Person eine Behandlung durch einen Spezialisten oder einen anderen Leistungserbringer benötigt, hat sich die versicherte Person vor jeder

Konsultation an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden, das gemäss Art. 12.3 vorgeht.

12.3 Konsultationen bei einem Spezialisten oder einem anderen Leistungserbringer

12.3.1 Stellt das koordinierende telemedizinische Zentrum fest, dass die versicherte Person eine Behandlung durch einen Spezialisten oder einen anderen Leistungserbringer benötigt, verpflichtet sich die versicherte Person, innerhalb des im Behandlungsplan festgelegten Zeitraums den vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum empfohlenen Spezialisten oder anderen Leistungserbringer zu konsultieren. Das koordinierende telemedizinische Zentrum kann hierfür den unabhängigen Beratungsdienst gemäss Artikel 12.3.2 beiziehen.

12.3.2 Das koordinierende telemedizinische Zentrum bezieht bei Bedarf den unabhängigen Beratungsdienst ein, um den für die Behandlung am besten geeigneten Leistungserbringer (Spezialisten, Spitäler oder ambulante Operationszentren) zu bestimmen. Der Einsatz des unabhängigen Beratungsdienstes wird der versicherten Person nicht verrechnet.

12.3.3 Gegebenenfalls verpflichtet sich die versicherte Person, den vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum oder vom unabhängigen Beratungsdienst bestimmten Leistungserbringer zu konsultieren und sich von diesem innerhalb des im Behandlungsplan festgelegten Zeitraums behandeln zu lassen.

12.3.4 Überschreitet der von der versicherten Person eingehaltene Behandlungsweg den im Behandlungsplan vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegten Zeitraum, muss sie sich erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum wenden. Dieses entscheidet, ob eine Verlängerung der Dauer oder eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist.

12.3.5 Ist der Spezialist oder ein anderer Leistungserbringer der Auffassung, dass der vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegte Behandlungsplan angepasst werden muss, hat sich die versicherte Person vor jeder weiteren Konsultation an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden, das entscheidet, ob eine Anpassung angezeigt ist.

12.3.6 Auf Verlangen des koordinierenden telemedizinischen Zentrums oder des unabhängigen Beratungsdienstes hat die versicherte Person diesen die für das betreffende Gesundheitsproblem relevanten vorhandenen medizinischen Unterlagen wie Arztberichte, Röntgenaufnahmen usw. vorzulegen.

12.4 Ambulante oder stationäre Eingriffe

12.4.1 Wird von einem Allgemeinmediziner, einem Spezialisten oder einem anderen Leistungserbringer ein ambulanter oder stationärer Eingriff in Betracht gezogen, hat sich die versicherte Person erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden, das entscheidet, ob eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist. Das koordinierende telemedizinische Zentrum kann hierfür den unabhängigen Beratungsdienst gemäss Artikel 12.4.2 beiziehen.

12.4.2 Das koordinierende telemedizinische Zentrum bezieht bei Bedarf den unabhängigen Beratungsdienst ein, um den für den Eingriff am besten geeigneten Leistungserbringer (Spezialisten, Spitäler

oder ambulante Operationszentren) zu bestimmen. Der Einsatz des unabhängigen Beratungsdienstes wird der versicherten Person nicht verrechnet.

12.4.3 Gegebenenfalls verpflichtet sich die versicherte Person, den vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum oder vom unabhängigen Beratungsdienst bestimmten Leistungserbringer zu konsultieren und sich von diesem innerhalb des im Behandlungsplan festgelegten Zeitraums behandeln zu lassen.

12.4.4 Überschreitet der von der versicherten Person eingehaltene Behandlungsweg den im Behandlungsplan vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegten Zeitraum, muss sie sich erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum wenden. Dieses entscheidet, ob eine Verlängerung der Dauer oder eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist.

12.4.5 Auf Verlangen des koordinierenden telemedizinischen Zentrums oder des unabhängigen Beratungsdienstes hat die versicherte Person diesen die für das betreffende Gesundheitsproblem relevanten vorhandenen medizinischen Unterlagen vorzulegen.

12.5 Medikamentenkauf

12.5.1 Verschreibt das koordinierende telemedizinische Zentrum oder ein im Behandlungsplan genannter Allgemeinmediziner oder Spezialist Medikamente, ist die versicherte Person verpflichtet, diese und/oder andere pharmazeutische Präparate, deren Kosten von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, bei einer anerkannten Apotheke zu beziehen.

12.5.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, Generika oder Biosimilars zu beziehen, wenn diese von der anerkannten Apotheke angeboten werden.

12.6 Mitwirkung bei der Rechnungskontrolle

12.6.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, im Rahmen der Rechnungskontrolle für die von ihr in Anspruch genommenen Behandlungen Fragen (z. B. zur Dauer von Konsultationen) zu beantworten und die entsprechenden Angaben über die von Assura zur Verfügung gestellten digitalen Kommunikationsmittel zu erfassen.

12.6.2 Die Liste der Punkte, bei denen Assura eine Mitwirkung der versicherten Person an der Rechnungskontrolle verlangt, ist auf der Internetseite von Assura aufgeführt.

12.6.3 Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden.

12.7 Medizinische Empfehlungen

12.7.1 Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass das koordinierende telemedizinische Zentrum, der Allgemeinmediziner, der Spezialist oder allfällige andere Leistungserbringer ihr medizinische Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention abgeben.

12.7.2 Diese Empfehlungen können punktuell auf der Grundlage medizinischer Kriterien erfolgen, die vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum, vom

Allgemeinmediziner, vom Spezialisten oder allfälligen anderen Leistungserbringern festgelegt werden.

Artikel 13 – Ausnahmen

13.1. Ambulante augenärztliche, kinderärztliche oder gynäkologische Untersuchungen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

13.2. Bei nachgewiesenen Notfällen in der Schweiz oder im Ausland unterliegt die versicherte Person nicht den Verpflichtungen gemäss Artikel 12.

13.3. Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder wenn eine sofortige Behandlung erforderlich ist.

13.4 Erfordert die notfallmässig erbrachte Leistung eine Nachbehandlung, so muss die versicherte Person die in Artikel 12 eingegangenen Verpflichtungen einhalten, sobald die Situation nicht mehr als Notfall gilt.

Artikel 14 – Sanktionen

14.1 Verstösst die versicherte Person gegen ihre aus den Artikeln 12.3.3 und 12.4.3 hervorgehenden Pflichten, wird die Kostenübernahme durch Assura abgelehnt. Bei einer auf den vorliegenden Artikel gestützten Leistungsablehnung von Assura kann die versicherte Person aber rückwirkend auf den 1. Januar des laufenden Jahres einen Übertritt zum Basis-Modell beantragen. Die Franchise bleibt identisch und die Prämie wird angepasst.

14.2 Bei Nicht-Einhaltung der aus den Artikeln 12.1–12.5 hervorgehenden Verpflichtungen erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Bei jedem erneuten Verstoß innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

14.3 Bei Nicht-Einhaltung der aus dem Artikel 12.6 hervorgehenden Verpflichtungen erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Für jeden weiteren Verstoß im selben Kalenderjahr wird die versicherte Person auf den ersten Tag des Folgemonats in das Modell Basis mit derselben Franchise umgeteilt; die Prämie wird entsprechend angepasst.

Artikel 15 – Beitritt zum MediTel-Modell

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

15.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das MediTel-Modell anbietet, und die im Basis-Modell versichert ist, kann jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats dem MediTel-Modell beitreten.

15.3 Im Falle einer laufenden Behandlung beim Beitritt zum MediTel-Modell muss die versicherte Person ihre Pflichten im Sinne der Artikel 12 und 13.4 einhalten. Davon ausgenommen sind Eingriffe, die vor dem Beitritt zum MediTel-Modell geplant worden sind, und die innert zwei Monaten nach Beitritt der versicherten Person zum MediTel-Modell erfolgen.

Artikel 16 – Austritt aus dem MediTel-Modell

16.1 Assura kann das MediTel-Modell auf das Ende eines Kalenderjahres aufheben oder ändern. Bei Aufhebung des Modells wird die versicherte Person auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen

Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein Versicherungsmodell ihrer Wahl übernommen. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

16.2 Bei ausserordentlicher Schliessung des MediTel-Modells im Laufe des Jahres wird die versicherte Person am Tag nach der Schliessung mit einer identischen Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder, auf Antrag, in ein Versicherungsmodell ihrer Wahl überführt.

16.3 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Prämienregion, in der Assura das MediTel-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein anderes von Assura angebotenes Grundversicherungsmodell übernommen.

16.4 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

Artikel 17 – Datenschutz

17.1 Prüfung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz der versicherten Person zu prüfen, leitet Assura dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum die zu ihrer Identifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) und zur Bestimmung der Versicherungsdeckung notwendigen Daten weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung dieser Daten kann über Dritte erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

17.2 Datenaustausch

17.2.1 Mit Abschluss des MediTel-Modells erklärt sich die versicherte Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung mit dem Austausch von medizinischen Daten zwischen Assura, dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum, den Allgemeinmedizinerinnen und Spezialisten der versicherten Person sowie dem unabhängigen Beratungsdienst einverstanden. Es dürfen nur diejenigen Daten weitergegeben werden, die für eine optimale Koordination und Verlaufskontrolle der Behandlungen sowie für die Prüfung ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind, und dies unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

17.2.2 Die versicherte Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung ermächtigt zudem das koordinierende telemedizinische Zentrum, die Allgemeinmedizinerinnen und Spezialisten sowie den unabhängigen Beratungsdienst, die für die Behandlung erforderlichen medizinischen Informationen untereinander auszutauschen.

17.2.3 Damit Assura überprüfen kann, ob die versicherte Person die Versicherungsbedingungen des

MediTel-Modells einhält, übermittelt das koordinierende telemedizinische Zentrum Assura die dafür erforderlichen Daten, insbesondere die Liste der Konsultationen, die Identifikationsdaten der Leistungserbringer sowie den für die Folgebehandlung festgelegten Zeitraum.

17.2.4 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura und dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum sowie zwischen dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum und dem unabhängigen Beratungsdienst oder den verschiedenen Leistungserbringern kann über Dritte erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer von einem Dritten betriebenen digitalen Lösung.

17.3 Aufzeichnung von Telefongesprächen

Telefonische Gespräche können vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum und vom unabhängigen Beratungsdienst gemäss den gesetzlichen Bestimmungen aufgezeichnet, archiviert und gelöscht werden. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor Gericht herangezogen werden. Assura verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

17.4 Datenbearbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, die Einhaltung der Bedingungen des MediTel-Modells zu überprüfen, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 18 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

Assura-Basis AG