

## Besondere Versicherungsbedingungen

# Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Gesundheitsnetz-Modell

### ERSTER TITEL – VERTRAGSGRUNDLAGEN UND ANWENDBARES RECHT

Das Gesundheitsnetz-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 Gesundheitsnetz-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 Allgemeine Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbestimmungen massgebend.

Für weitere Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Ein- und Austritt der Versicherten 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.

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

### ZWEITER TITEL – VERSICHERUNGSFORMEN

#### ERSTES KAPITEL – ORDENTLICHE 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 24 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 auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit vom Selbstbehalt befreit.

##### Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

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

5.1 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.

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 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 Spitalaufenthalts

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 sieben Kontrolluntersuchungen während der sowie eine Kontrolluntersuchung zwischen der sechsten und zehnten Woche nach der Schwangerschaft;
- 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 Stillberatungssitzungen;
- 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 – Zahnbehandlungen

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.

## 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 – GESUNDHEITSNETZ-MODELL

### Artikel 22 – Wahl des ärztlichen Grundversorgers

22.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, einen ärztlichen Grundversorger (Gewählter Arzt) aus denjenigen Ärzten auszuwählen, die dem Ärztenetz angehören, das in ihrem Wohnsitzkanton am Gesundheitsnetz-Modell teilnimmt und auf der für dieses Modell verbindlichen Ärzteliste aufgeführt ist. Sobald sie den Arzt ausgewählt hat, muss sie dessen Kontaktdaten der Assura mitteilen. Falls die versicherte Person ohne vorgängige explizite Wahl einen Arzt konsultiert, der auf der Ärzteliste aufgeführt ist, wird dieser als Gewählter Arzt erfasst.

22.2 Die Ärzteliste ist auf der Website der Assura publiziert. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Ärzteliste. Diese kann von der Assura jederzeit einseitig der Entwicklung des Kreises der Ärzte, die dem Ärztenetz angehören, welches am Gesundheitsnetz-Modell teilnimmt, angepasst werden.

22.3 Ist der Gewählte Arzt nicht mehr Teil der Ärzteliste, hat die versicherte Person innerhalb 30 Tagen ab Versand der entsprechenden Mitteilung durch die Assura einen neuen in der Ärzteliste aufgeführten Arzt auszuwählen. Teilt die versicherte Person der Assura innerhalb der oben genannten Frist keinen neuen Arzt mit, so wechselt sie automatisch in die ordentliche Krankenpflegeversicherung mit derselben Franchise über.

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

### Artikel 23 – Pflichten der versicherten Person

23.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, immer zuerst den Gewählten Arzt zu konsultieren. Der Gewählte Arzt ist der Ansprechpartner der versicherten Person und wacht über die gesamte medizinische Behandlung der versicherten Person. Er koordiniert alle medizinischen Belange und verfolgt die Entwicklung der versicherten Person in sämtlichen medizinischen Behandlungsstadien. Er entscheidet auch, ob er die Behandlung selbst durchführt oder ob er die versicherte Person an einen Spezialisten überweist. In diesem Fall

übergibt er der versicherten Person von sich aus einen vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Überweisungsschein, den diese zusammen mit der Rechnung des Spezialisten an die Assura weiterleiten muss. Die versicherte Person verpflichtet sich ausdrücklich, die vorgeschriebene Behandlung zu befolgen.

23.2 Falls der Gewählte Arzt die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer (Spezialisten, Radiologiezentrum, Physiotherapeut usw.) überweist, muss die versicherte Person die Behandlung bei der durch den Gewählten Arzt namentlich bezeichneten Person weiterführen.

23.3 Die versicherte Person verpflichtet sich, ihre Medikamente und/oder andere pharmazeutische Präparate, die zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung gehen, ausschliesslich bei einer Apotheke zu beziehen, die auf der Liste der *anerkannten Apotheken* (Apothekenliste) aufgeführt ist. Nur diese Apotheken können alle Punkte der medikamentösen Behandlung der versicherten Person koordinieren.

23.4 Die Liste der *anerkannten Apotheken* ist auf der Website der Assura publiziert. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste der *anerkannten Apotheken*. Diese ist ein integraler Bestandteil der vorliegenden Versicherungsbedingungen.

23.5 Vorbehalten bleiben die in Art. 24 aufgeführten Bestimmungen für Notfälle und Ausnahmen.

23.6 Verstösst die versicherte Person gegen die in Art. 23 festgelegten Bestimmungen, verliert sie ihren Leistungsanspruch gegenüber der Assura.

### Artikel 24 – Ausnahmen

24.1 Bei einem nachgewiesenen Notfall kann sich die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer als den Gewählten Arzt respektive an eine nicht anerkannte Apotheke wenden. Die Benutzung einer nicht anerkannten Apotheke ist zudem auch bei Auslandsaufenthalten gestattet.

24.2 Falls die versicherte Person einen anderen Leistungserbringer als den Gewählten Arzt oder eine im Sinne von Art. 24.1 *anerkannte Apotheke* konsultiert, muss sie den Gewählten Arzt so rasch wie möglich darüber informieren und die Behandlung bei ihm fortführen, es sei denn, der Gewählte Arzt bestimmt etwas anderes.

24.3 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Art. 23.

### Artikel 25 – Beitritt zum Gesundheitsnetz-Modell

25.1 Dem Gesundheitsnetz-Modell können alle Personen beitreten, die in einem Kanton wohnen, in dem die Assura dieses Modell anbietet.

25.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einem Kanton, in dem die Assura das Gesundheitsnetz-Modell anbietet und die über die ordentliche Krankenpflegeversicherung sowie die ordentliche Franchise von CHF 300 für Erwachsene und/oder junge Erwachsene und von CHF 0 für Kinder verfügt, kann dem Gesundheitsnetz-Modell jederzeit beitreten.

## Artikel 26 – Austritt aus dem Gesundheitsnetz-Modell

26.1 Unter Vorbehalt von Art. 26.2 - 26.4 ist der Austritt aus dem Gesundheitsnetz-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 der Assura. Dieser Austritt gilt nicht als Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Assura. Davon ausgenommen sind Art. 7 Abs. 3 und 4 KVG. Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

26.2 Falls die versicherte Person in einen Kanton zieht, in dem das Gesundheitsnetz-Modell der Assura nicht angeboten wird, wechselt sie automatisch in die ordentliche Krankenpflegeversicherung mit derselben Franchise über.

26.3 Wenn in einem Kanton alle Verträge zwischen der Assura und der oder den Betriebsgesellschaften der Ärztenetze aufgelöst werden, die sich am Gesundheitsnetz-Modell beteiligen, wird das Gesundheitsnetz-Modell im betreffenden Kanton nicht mehr angeboten. In diesem Fall wechseln die versicherten Personen mit Wohnsitz im betreffenden Kanton automatisch in die ordentliche Krankenpflegeversicherung mit derselben Franchise über.

26.4 Kann der Gewählte Arzt die umfassende medizinische Betreuung der versicherten Person aus Gründen die in ihrer Person liegen (z. B. Aufnahme der versicherten Person in ein Pflegeheim) nicht mehr übernehmen, hat die Assura das Recht, die versicherte Person unter Berücksichtigung einer einmonatigen Kündigungsfrist vom Gesundheitsnetz-Modell auszuschliessen. Durch diese Massnahme wechselt die versicherte Person automatisch in die ordentliche Krankenpflegeversicherung mit derselben Franchise.

26.5 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.

## Artikel 27 – Datenbearbeitung

Mit Abschluss des Gesundheitsnetz-Modells erklärt sich die versicherte Person damit einverstanden, dass der Versicherer, der Gewählte Arzt oder Dritte, die in dessen Namen handeln, sowie gegebenenfalls auch Spezialisten Daten im Zusammenhang mit der Behandlung und mit der Fakturierung der gesamten medizinischen Dienstleistungen austauschen. Voraussetzung ist, dass diese Daten unabdingbar sind für die Anwendung des Gesundheitsnetz-Modells, insbesondere, um die Einhaltung der gegenüber dem Versicherten eingegangenen Verpflichtungen zu prüfen. Bei einem Wechsel des Gewählten Arztes erklärt sich die versicherte Person damit einverstanden, dass die Informationen an den neuen Gewählten Arzt weitergegeben werden. In diesem Sinne befreit sie den bisherigen Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Dieser Austausch findet unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen statt.

Massgebend sind vor allem das Datenschutz- und das Krankenversicherungsgesetz.

## Artikel 28 – Haftung

Die Haftung für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den Dienstleistern, welche die versicherte Person behandeln.

## DRITTER TITEL – INKRAFTTRETEN

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Oktober 2018 in Kraft.

## Assura-Basis AG