

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Gesundheitsnetz-Modell

Ausgabe 01.2024

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.

Zweites Kapitel – 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

Die 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 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.
- 8.3 Die Franchise für Kinder 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.

Drittes Kapitel – Gesundheitsnetz-Modell

Artikel 10 – Wahl des ärztlichen Grundversorgers

- 10.1 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.
- 10.2 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.
- 10.3 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.
- 10.4 Der Wechsel des Gewählten Arztes ist nur mit vorgängiger Zustimmung der Assura möglich.

Artikel 11 – Pflichten der versicherten Person

- 11.1 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 ist der Versicherte verpflichtet, vor der Konsultation durch einen Spezialisten von seinem Gewählten Arzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterzeichneten Überweisungsschein anzufordern. Dieser Überweisungsschein muss anschliessend zusammen mit der Rechnung des Spezialisten an die Assura weitergeleitet werden. Die versicherte Person verpflichtet sich ausdrücklich, die vorgeschriebene Behandlung zu befolgen.

- 11.2 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.
- 11.3 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.
- 11.4 Die Liste der *anerkannten Apotheken* ist auf der Website der Assura publiziert. Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden. Die versicherte Person wird über allfällige Änderungen der Liste der Apotheken schriftlich informiert, zum Beispiel im Kundenmagazin. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste der *anerkannten Apotheken*.
- 11.5 Vorbehalten bleiben die in Artikel 12 aufgeführten Bestimmungen für Notfälle und Ausnahmen.
- 11.6 Verstösst die versicherte Person gegen die in Artikel 11 festgelegten Bestimmungen, verliert sie ihren Leistungsanspruch gegenüber der Assura.

Artikel 12 – Ausnahmen

- 12.1 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.
- 12.2 Falls die versicherte Person einen anderen Leistungserbringer als den Gewählten Arzt oder eine im Sinne von Art. 12.1 *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.
- 12.3 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Art. 11.

Artikel 13 – Beitritt zum Gesundheitsnetz-Modell

- 13.1 Dem Gesundheitsnetz-Modell können alle Personen beitreten, die in einem Kanton wohnen, in dem die Assura dieses Modell anbietet.
- 13.2 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 14 – Austritt aus dem Gesundheitsnetz-Modell

- 14.1 Unter Vorbehalt von Artikel 14.2–14.4 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 bei 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.
- 14.2 Falls die versicherte Person in einen Kanton zieht, in dem das Gesundheitsnetz-Modell von Assura nicht angeboten wird, wechselt sie automatisch in das Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.
- 14.3 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 das Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.
- 14.4 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 in das Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.
- 14.5 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 in ein anderes Grundversicherungsmodell der Assura mit gleicher Franchise zu wechseln.

Artikel 15 – 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 16 – 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. Januar 2024 in Kraft.

Assura-Basis AG