

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung Modell PreventoMed

Ausgabe 10.2023

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das PreventoMed-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 PreventoMed-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.

Wer dem PreventoMed-Modell beiträgt, ist damit einverstanden, bei gesundheitlichen Problemen vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung zuerst einen der folgenden Kontaktpunkte seiner Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum,
- eine Partnerapotheke oder
- sein Hausarzt

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 von Kapitel 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 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 Mutterschaftsleistungen 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 – 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 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 Prämien vorangeht.

Kapitel 3 – Das PreventoMed-Modell

Artikel 10 – Grundsätze des Modells

Wer dem PreventoMed-Modell beiträgt, ist damit **einverstanden**, bei gesundheitlichen Problemen vor jeder medizinischen, ambulanten oder stationären Behandlung **zuerst einen der in Artikel 12 aufgeführten Kontaktpunkte zu konsultieren**.

Artikel 11 – Die Akteure

- 11.1 **Telemedizinisches Zentrum**
Ein telemedizinisches Zentrum im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist ein von Assura als erste Kontaktstelle bestimmter telemedizinischer Fachdienst, dessen Kontaktangaben auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind.
- 11.2 **Partnerapotheke**
Partnerapotheken im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche von Assura als erste Kontaktstelle 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.
- 11.3 **Hausärzte**
Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind. Die versicherte Person muss die Kontaktangaben ihres Hausarztes vorab Assura mitteilen.
- 11.4 **Spezialisten**
Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten Weiterbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) sowie die Spitäler und Kliniken in denen sie praktizieren.

Artikel 12 – Erste Kontaktstellen

12.1 Grundsatz der Versicherung

Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter verpflichten sich, vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung einen der folgenden Kontaktpunkte ihrer Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum
- eine Partnerapotheke oder
- ihren Hausarzt.

12.2 Telemedizinisches Zentrum

Das telemedizinische Zentrum bietet der versicherten Person eine medizinische Beratung und leitet sie, wenn nötig, an einen anderen Leistungserbringer weiter. Nach der Konsultation des telemedizinischen Zentrums kann die versicherte Person für ihre weitere Behandlung innerhalb der Grenzen des KVG während des vom telemedizinischen Zentrum bestimmten Zeitraums den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen. **Sollte die Folgebehandlung einer versicherten Person länger als diesen Zeitraum dauern, muss sie sich erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.** Die Konsultation, die das telemedizinische Zentrum in seiner Funktion als erste Kontaktstelle erbringt, wird der versicherten Person nicht in Rechnung gestellt.

12.3 Partnerapotheke

Die Partnerapotheke berät in den Bereichen, die in ihre Kompetenz fallen, die versicherte Person in medizinischen Fragen. **Sofern das Gesundheitsproblem in der Partnerapotheke nicht abschliessend gelöst werden kann, muss sich die versicherte Person an das telemedizinische Zentrum wenden.** Nach der Konsultation des telemedizinischen Zentrums kann die versicherte Person für ihre weitere Behandlung innerhalb der Grenzen des KVG während des vom telemedizinischen Zentrum bestimmten Zeitraums den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen. **Sollte die Folgebehandlung einer versicherten Person länger als diesen Zeitraum dauern, muss sie sich erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.** Die Beratung, die die Partnerapotheke in ihrer Funktion als erste Kontaktstelle erbringt, wird vollumfänglich von Assura vergütet. Dies gilt ebenfalls für die allenfalls vom telemedizinischen Zentrum geleistete Konsultation.

12.4 Hausärzte

12.4.1 Die versicherte Person kann als erste Kontaktstelle ihren Hausarzt konsultieren. Diese entscheidet, ob sie den weiteren Verlauf der Behandlung selber übernimmt oder ob sie die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer oder einen Spezialisten überweist. Im letzteren Fall verpflichtet sich die versicherte Person, von ihrem Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein zu verlangen und diesen an Assura zu übermitteln. Nach Konsultation ihres Hausarztes kann die versicherte Person in den Grenzen des KVG für ihre weitere Behandlung den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen.

12.4.2 Der Wechsel des Hausarztes muss Assura vor der ersten Konsultation des neuen Arztes mitgeteilt werden.

12.5 Ausnahmen

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

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

12.5.3 Ein Notfall liegt vor, wenn ihr Zustand für die Person möglicherweise lebensgefährlich ist oder wenn eine sofortige Behandlung erforderlich ist.

Artikel 13 – Medizinische Empfehlungen und Leistungen ohne Franchise

13.1 Medizinische Empfehlungen

13.1.1 Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass die ersten Kontaktstellen gemäss Artikel 12 und allfällige andere Leistungserbringer ihr Empfehlungen zum Zweck der Gesundheitsförderung und Prävention machen.

13.1.2 Diese Empfehlungen können punktuell aufgrund medizinischer Kriterien erfolgen, die die in Artikel 12 aufgelisteten Kontaktstellen oder allfällige weitere involvierte Leistungserbringer selbst bestimmen.

13.1.3 Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, diese Empfehlungen zu befolgen.

13.2 Leistungen ohne Franchise

Für bestimmte Leistungen, die auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind, kann Assura für zu den dort angegebenen Bedingungen auf die Erhebung der Franchise verzichten. Diese Liste kann von Assura zu Beginn eines jeden Kalenderjahres geändert werden.

Artikel 14 – Sanktionen

Assura sendet der versicherten Person bei Verletzung ihrer Pflichten aus den vorliegenden Versicherungsbedingungen eine Mahnung. Erfüllt die versicherte Person ihre Pflichten erneut nicht, wird sie mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen, wobei die Prämie entsprechend angepasst wird. Der entsprechende Wechsel wird auf den ersten Tag des Monats nach Ablauf einer Frist von 30 Tagen nach dem Versand der Mitteilung an die versicherte Person wirksam.

Artikel 15 – Beitritt zum PreventoMed-Modell

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

15.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das PreventoMed-Modell anbietet, und einer ordentlichen Krankenpflegeversicherung bei Assura mit einer ordentlichen Franchise von CHF 300 für Erwachsene und/oder junge Erwachsene und von CHF 0 für Kinder kann dem PreventoMed-Modell jederzeit beitreten.

Artikel 16 – Austritt aus dem PreventoMed-Modell

- 16.1 Assura kann das PreventoMed-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 ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein anderes Grundversicherungsmodell von Assura übernommen. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.
- 16.2 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Prämienregion, in der Assura das PreventoMed-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein anderes Grundversicherungsmodell von Assura übernommen.
- 16.3 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 (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

Artikel 17 – Datenbearbeitung

- 17.1 **Prüfung des Versichererschutzes**
Um den Versicherungsschutz der betroffenen Person zu prüfen, leitet Assura dem telemedizinischen Zentrum die zur Identifikation notwendigen Daten (Stammdaten und Versicherungsschutz) weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung dieser Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.
- 17.2 **Datenaustausch**
Mit Abschluss des PreventoMed-Modells erklärt sich die versicherte Person damit einverstanden, dass Assura, das telemedizinische Zentrum, die Partnerapotheke, der Hausarzt sowie alle weiteren beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Behandlungsdaten unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen untereinander austauschen, um eine optimale Koordination im Rahmen des PreventoMed-Modells sicherzustellen.
- 17.2.2 Die versicherte Person ermächtigt ausserdem das telemedizinische Zentrum, die Partnerapotheke und den Hausarzt mit der Spezialistin oder dem Spezialisten oder dem von der versicherten Person gewählten Leistungserbringer die notwendigen medizinischen Informationen auszutauschen.

- 17.2.3 Um zu überprüfen, ob die versicherte Person die Versicherungsbedingungen des PreventoMed-Modells einhält, übermittelt das telemedizinische Zentrum Assura die notwendigen Daten für eine solche Überprüfung, insbesondere die Liste der Konsultationen und den für die Folgebehandlung bestimmten Zeitraum. Sofern dies technisch möglich ist, übermittelt die Partnerapotheke Assura zum gleichen Zweck die notwendigen Daten für eine solche Überprüfung, insbesondere die Liste der Konsultationen.
- 17.2.4 Die Telefongespräche werden vom telemedizinischen Zentrum aufgezeichnet und archiviert. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor Gericht zum Beweis herangezogen werden. Assura verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.
- 17.2.5 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura, dem telemedizinischen Zentrum, der Partnerapotheke, dem Hausarzt sowie den übrigen Leistungserbringern kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.
- 17.3 **Datenverarbeitung 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, 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 2024 in Kraft.

Assura-Basis AG

Kontakt
assura.ch
0800 277 872