

HMO PROVITA

ZUSATZBEDINGUNGEN (ZB) FÜR VERSICHERUNGEN MIT EINGESCHRÄNKTER WAHL DES LEISTUNGS- ERBRINGERS NACH KVG.

Ausgabe 2020, gültig ab 01.01.2020

Für diese ZB sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenpflege- und Taggeldversicherung nach KVG vollumfänglich anwendbar. Bei allfälligen Widersprüchen gehen die ZB den AVB vor.

I Allgemeines

Art. 1 Abschluss der Versicherung, Änderung der Versicherungsvariante und Prämien

1. Personen, die die gesetzlichen Aufnahmebedingungen erfüllen und im entsprechenden Einzugsgebiet der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (besondere Versicherungsform) ihren zivilrechtlichen Wohnsitz oder Arbeitsort haben, sind berechtigt, diese Versicherungsvarianten abzuschliessen. Vorbehalten bleiben gesetzliche Sonderregelungen und die Umteilung wegen vertragswidrigen Verhaltens. Die besonderen Versicherungsformen kommen unter Umständen nicht in allen Regionen zum Einsatz.
2. Ist die ärztliche Behandlung in der gewählten Versicherungsvariante durch den gewählten Leistungserbringer aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen, nicht mehr möglich (z.B. bei Übertritt der versicherten Person in ein Pflegeheim, vorübergehender Auslandsaufenthalt), so ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf Beginn eines Kalendermonats in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers umzuteilen.
3. Bei einem Wegzug aus dem Einzugsgebiet der gewählten Versicherungsvariante teilt der Versicherer die versicherte Person auf Anfang des Monats, welcher der Wohnsitzverlegung folgt, in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers um. Der Wegzug aus dem Gebiet der gewählten Versicherungsvariante ist dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden. Bei Wohnsitzverlegung in das Gebiet einer anderen eingeschränkten Versicherungsvariante haben die versicherten Personen das Recht, ein anderes eingeschränktes Versicherungsmodell in einer neuen gewählten Versicherungsvariante weiterzuführen.
4. Löst der in der ausgewählten Versicherungsvariante ausgewählte Leistungserbringer mit dem Versicherer den Vertrag auf, können die betroffenen versicherten Personen innerhalb einer Frist von 30 Tagen seit schriftlicher Aufforderung des Versicherers nach ihrer freien Wahl einen Leistungserbringer in der ausgewählten Versicherungsvariante wählen oder in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers wechseln. Wird in der vorgegebenen Frist dem Versicherer kein neuer Leistungserbringer gemeldet, so führt dies per Beginn des Folgemonats automatisch zum Wechsel in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers.
5. Bei Auflösung des Vertrags zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer respektive dessen Netzwerk fällt die gewählte Versicherungsvariante per Ende Jahr dahin. Erfolgt keine Mitteilung über einen Wechsel bei besonderen Versicherungsformen gemäss Art. 11 Abs. 2 der AVB, führt dies per 1. Januar des Folgejahrs automatisch zum Wechsel in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers.
6. Versicherte Personen mit besonderen Versicherungsformen erhalten Prämienermässigungen.

Art. 2 Ausnahmen der eingeschränkten Leistungserbringerwahl

Für folgende Behandlungen und Untersuchungen gilt für alle besonderen Versicherungsformen die freie Leistungserbringerwahl, vorbehaltlich abweichender Regelungen in den entsprechenden Zusatzbedingungen:

- a. Gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen
- b. Kinderarztbesuche bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- c. Augenärztliche Untersuchungen beim Spezialarzt für Ophthalmologie
- d. Befristete Auslandsaufenthalte bis zu sechs Monaten
- e. Notfälle

Sollten anschliessend an eine Notfallkonsultation weitere Kontrollkonsultationen oder Folgebehandlungen nötig sein, müssen diese innerhalb der eingeschränkten Leistungserbringerwahl der entsprechenden besonderen Versicherungsform erfolgen.

Art. 3 Folgen des vertragswidrigen Verhaltens

1. Liegt ein Verstoß gegen die Verpflichtungen der jeweiligen besonderen Versicherungsform vor, kann der Versicherer die Leistungen auf 50 Prozent des Leistungsbetrags (nach Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligungen) reduzieren.
2. Bei wiederholtem vertragswidrigem Verhalten wird die versicherte Person auf den nächstfolgenden Monatsbeginn nach Mitteilung aus der besonderen Versicherungsform ausgeschlossen und in die ordentliche Krankenpflegeversicherung umgeteilt.
3. Ein erneuter Wechsel in eine besondere Versicherungsform ist frühestens zwölf Monate nach der Umteilung auf das darauf folgende Kalenderjahr möglich.

Art. 4 Massnahmen zur integrierten Versorgung und Care Management

Die versicherte Person ist bei Vorliegen einer spezifischen (insbesondere chronischen oder potenziell chronischen) Erkrankung auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, sich speziellen Massnahmen der integrierten Versorgung zu unterziehen. Diese können zum Beispiel Disease- oder Chronic-Care-Management-Programme, Betreuung durch das Care Management des Versicherers oder die Auswahl besonderer Leistungserbringer beinhalten. Die Programme und die durchführenden Leistungserbringer werden vom Versicherer bezeichnet. Die Einwilligung zur Teilnahme an den Programmen der integrierten Versorgung und des Care Managements wird mit der versicherten Person schriftlich vereinbart.

II Anwendungsbereich

Art. 5 Zweck

1. Die Krankenpflegeversicherung HMO PROVITA ist eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers.
2. Die in HMO PROVITA versicherten Personen erklären sich bereit, alle Behandlungen und Untersuchungen durch das HMO-Gesundheitszentrum durchführen oder sich von einem solchen an Dritte überweisen zu lassen.
3. Versicherungsträger ist die PROVITA Gesundheitsversicherung AG.
4. HMO PROVITA basiert auf dem Prinzip der umfassenden medizinischen Betreuung durch Ärzte der HMO-Gesundheitszentren. Der Versicherer bezahlt aus HMO PROVITA die gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsleistungen insbesondere für ambulante und stationäre Behandlungen und Untersuchungen, sofern diese von einem Arzt der HMO-Gesundheitszentren durchgeführt oder verordnet wurden. Der Arzt der Partnerpraxen sorgt bei Bedarf für eine Überweisung an weitere Fachärzte oder ein Spital.
5. Die versicherten Personen wenden sich für alle Behandlungen und Untersuchungen immer zuerst an ihr HMO-Gesundheitszentrum (vorbehältlich der in Art. 2 aufgeführten Ausnahmen). Dieses sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere Ärzte oder ein Spital.
6. Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, ist die versicherte Person verpflichtet, zum frühestmöglichen Zeitpunkt ihr HMO-Gesundheitszentrum zu orientieren oder orientieren zu lassen. Sollte anschliessend eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese im HMO-Gesundheitszentrum erfolgen. Mit Einverständnis des HMO-Gesundheitszentrums kann die weitere Behandlung so lange wie notwendig auch beim Notfallarzt oder im Spital erfolgen.
7. Werden versicherte Personen von ihrem HMO-Gesundheitszentrum einem Spezialarzt zugewiesen und empfiehlt dieser weitergehende Behandlungen und Untersuchungen oder einen operativen Eingriff, ist die versicherte Person verpflichtet, das HMO-Gesundheitszentrum im Voraus darüber zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.
8. Einweisungen in Spitäler und Tageskliniken müssen, ausgenommen in Notfällen, durch die HMO-Gesundheitszentren oder mit deren Einverständnis erfolgen.
9. Mit dem Abschluss des HMO-PROVITA-Versicherungsmodells erklärt sich die versicherte Person einverstanden, ihrem HMO-Gesundheitszentrum Einsicht in die für dieses Versicherungsmodell notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Diese Versicherungsform erfordert zudem einen Datenaustausch zwischen dem HMO-Gesundheitszentrum, dem Versicherer und allfälligen zur Leistungserbringung nötigen Dritten. Dabei handelt es sich um Rechnungsdaten der versicherten Person. Diese werden insbesondere Spezialisten, Spitalern und anderen im Rahmen der medizinischen und organisatorischen Leistungserbringung involvierten Personen und Institutionen zwecks Durchführung des Versicherungsvertrags oder bei einem Wechsel des HMO-Gesundheitszentrums bekannt gegeben.