

MEDICASA NETZ PROVITA

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

Ausgabe 2020, gültig ab 01.01.2020

ZUSATZBEDINGUNGEN MEDICASA NETZ PROVITA.

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 Umteilerung 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 MEDICASA Netz PROVITA ist eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers.
2. Die in MEDICASA Netz PROVITA versicherten Personen erklären sich bereit, alle Behandlungen und Untersuchungen durch einen gewählten Hausarzt durchführen oder sich von einem solchen an Dritte überweisen zu lassen.
3. Versicherungsträger ist die PROVITA Gesundheitsversicherung AG.
4. MEDICASA Netz PROVITA basiert auf dem Prinzip der Grundversorgung durch den gewählten Hausarzt, der die ganzheitliche Betreuung und Beratung der versicherten Personen sicherstellt. Der Versicherer bezahlt aus MEDICASA Netz PROVITA insbesondere die gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Behandlungen und Untersuchungen, sofern diese von einem vom Versicherer anerkannten MEDICASA-Netz-PROVITA-Arzt durchgeführt oder verordnet wurden.
5. Die versicherte Person wendet sich für alle Behandlungen und Untersuchungen immer zuerst an ihren MEDICASA-Netz-PROVITA-Arzt (vorbehaltlich der in Art. 2 aufgeführten Ausnahmen). Dieser sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere Ärzte oder ein Spital.
6. Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitalweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, ist die versicherte Person verpflichtet, zum frühestmöglichen Zeitpunkt ihren MEDICASA-Netz-PROVITA-Arzt zu orientieren oder orientieren zu lassen. Sollte anschliessend eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese beim MEDICASA-Netz-PROVITA-Arzt erfolgen. Mit Einverständnis des MEDICASA-Netz-PROVITA-Arzts können die weiteren Behandlungen und Untersuchungen so lange wie notwendig auch beim Notfallarzt oder im Spital erfolgen.
7. Wird die versicherte Person von ihrem MEDICASA-Netz-PROVITA-Arzt einem Spezialarzt zugewiesen und empfiehlt dieser weitergehende Behandlungen und Untersuchungen oder einen operativen Eingriff, ist die versicherte Person verpflichtet, ihren MEDICASA-Netz-PROVITA-Arzt im Voraus darüber zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.
8. Einweisungen in Spitäler und Tageskliniken müssen, ausgenommen in Notfällen, durch den MEDICASA-Netz-PROVITA-Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen.

9. Mit dem Abschluss des MEDICASA-Netz-PROVITA-Versicherungsmodells erklärt sich die versicherte Person einverstanden, ihrer MEDICASA-Netz-PROVITA-Partnerpraxis Einsicht in die für dieses Versicherungsmodell notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Diese Versicherungsform erfordert zudem einen Datenaustausch zwischen der MEDICASA-Netz-PROVITA-Partnerpraxis, dem Versicherer und allfälligen zur Leistungserbringung nötigen Dritten. Dabei handelt es sich um Rechnungsdaten der versicherten Person. Diese werden insbesondere Spezialisten, Spitälern und anderen im Rahmen der medizinischen und organisatorischen Leistungserbringung involvierten Personen und Institutionen zwecks Durchführung des Versicherungsvertrags oder bei einem Wechsel der MEDICASA-Netz-PROVITA-Partnerpraxis bekannt gegeben.