

## Besondere Bedingungen der Versicherung «Pflegenetz»

**RS**

RSGM01FR-A4 – Ausgabe 01.01.2012

### Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Versicherungsmodell	<b>Art. 7</b>	Kündigung und Ende der Versicherungsdeckung
<b>Art. 2</b>	Prinzip der Versicherung	<b>Art. 8</b>	Übermittlung und Verwendung von persönlichen Daten
<b>Art. 3</b>	Beitritt	<b>Art. 9</b>	Aufhebung des Versicherungsmodells
<b>Art. 4</b>	Ambulante Behandlungen	<b>Art. 10</b>	Inkrafttreten
<b>Art. 5</b>	Stationäre Behandlungen		
<b>Art. 6</b>	Folgen bei der Nichtbeachtung der Grundsätze des Versicherungsmodells		

### Art. 1 Das Versicherungsmodell

Die Versicherung Pflegenetz ist eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gemäss Art. 41, Abs. 4 KVG und Art. 99 bis 101 KVV.

### Art. 2 Prinzip der Versicherung

1. Der Versicherte verpflichtet sich, einen Hausarzt zu wählen, der im Rahmen der Versicherung Pflegenetz vom Versicherer anerkannt ist. Der Hausarzt leitet seinen Patienten durch die verschiedenen Etappen der Behandlung. Ein Wechsel des Hausarztes ist nur mit vorgängigem Einverständnis des Versicherers möglich. Die Nichtbeachtung dieser Regel hat Leistungseinschränkungen gemäss Art. 6 zur Folge.
2. Im Rahmen des Pflegenetzes garantiert der Versicherer die gesetzlichen Leistungen, die von anerkannten Leistungserbringern des Pflegenetzes ausgeführt, vom Hausarzt durchgeführt oder vorgängig von ihm verordnet wurden. Kann eine Leistung nicht innerhalb des Pflegenetzes erbracht werden, kann der Hausarzt seinen Patienten gegen vorherige Erstellung eines Überweisungsscheins einem externen Leistungserbringer zuweisen.
3. Der Versicherer führt für jede Leistungsart eine Liste der dem Pflegenetz angeschlossenen Leistungserbringer.
4. Notfälle werden prioritär durch die Notfalldienste und Hausärzte des Pflegenetzes versorgt. Vorbehalten bleiben Fälle, die aus medizinischen Gründen das sofortige Einschreiten einer Drittperson (Arzt oder Notfalldienst) erfordern. In diesen Fällen muss die Folgebehandlung vom Hausarzt durchgeführt werden.

5. Ein Hausarztwechsel ist möglich, muss jedoch schriftlich begründet und vorgängig vom Versicherer genehmigt werden. Eine Liste mit den Hausärzten der Versicherung Pflegenetz ist beim Versicherer erhältlich.
6. Die durch die Betreuung des Versicherten verursachten Kosten werden gemäss dieser Besonderen Bedingungen unter Abzug der Kostenbeteiligung im Sinn von Art. 64 KVG vergütet.

### Art. 3 Beitritt

1. Jede Person, die in einer Region wohnhaft ist, in der die Versicherung Pflegenetz angeboten wird, kann der Versicherung beitreten.
2. Der Beitritt kann jederzeit auf den ersten Tag eines Monats erfolgen.

### Art. 4 Ambulante Behandlungen

1. Die ambulanten Behandlungen müssen durch den Hausarzt oder andere vom Pflegenetz anerkannte Leistungserbringer durchgeführt werden.
2. Der Hausarzt kann andere Leistungserbringer hinzuziehen und stellt dazu aus eigener Initiative einen Überweisungsschein aus.
3. Sofern das Pflegenetz über eine angemessene Organisation verfügt, kann der Versicherte nur bei folgenden Spezialisten frei wählen:
  1. Augenarzt
  2. Gynäkologe
  3. Kinderarzt

## **Art. 5 Stationäre Behandlungen**

Stationäre oder teilstationäre Behandlungen sowie Bade- und Erholungskuren müssen vorgängig mit dem Hausarzt besprochen werden und unterliegen seinem Einverständnis (Überweisungsschein).

## **Art. 6 Folgen bei der Nichtbeachtung der Grundsätze des Versicherungsmodells**

Missachtet der Versicherte die in Art. 2, 4 und 5 dieser Besonderen Bedingungen festgelegten Grundsätze, wird die Übernahme der Behandlungskosten in jedem Fall um 50% der in Rechnung gestellten Leistungen reduziert.

## **Art. 7 Kündigung und Ende der Versicherungsdeckung**

1. Der Wechsel in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist gemäss Art. 7, Abs. 1 und 2 KVG auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Bei Verzug in der Prämienzahlung gelten für den Wechsel des Versicherers die Bestimmungen von Art. 105I KVV.
2. Die Versicherung Pflgenetz erlischt, wenn:
  1. der Versicherte seinen Wohnsitz in eine Region verlegt, in der die Versicherung Pflgenetz nicht angeboten wird
  2. der vom Versicherten gewählte Hausarzt die Behandlungen, die aufgrund des Gesundheitszustands des Versicherten nötig sind, nicht mehr koordinieren kann (insbesondere bei Behandlungen, die durch einen Arzt des Pflegeheims, in dem sich die versicherte Person aufhält, durchgeführt werden)
  3. der vom Versicherten gewählte Hausarzt keine vertragliche Beziehung mehr zum Versicherer hat

In diesem Fall wird der Versicherte – unter Gewährung einer Frist von 30 Tagen auf den ersten Tag des Monats – je nach Franchise in die Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher oder wählbarer Franchise umgeteilt.

Die obenerwähnten Punkte 2.2 und 2.3 gelten unter Vorbehalt der Wahl eines neuen Hausarztes (Mitglied des Pflgenetzes) innerhalb von 30 Tagen nach Mitteilung des Versicherers.

## **Art. 8 Übermittlung und Verwendung von persönlichen Daten**

1. Der Versicherte erklärt sich einverstanden, dass seine Rechnungsdaten innerhalb des gesetzlichen Rahmens an den Hausarzt oder an Dritte, die vom Hausarzt mit der elektronischen Datenverarbeitung oder Verwaltung des Pflgenetzes betraut wurden, übermittelt werden. Der Versicherte ist zudem einverstanden, dass der Hausarzt, von ihm mit der elektronischen Datenverarbeitung oder Verwaltung des Pflgenetzes betraute Dritte oder der Versicherer die Daten innerhalb des gesetzlichen Rahmens verwenden.
2. In jedem Fall kann nur auf Daten zugegriffen werden, die für den operativen Betrieb des Ärztenetzes notwendig sind, insbesondere zur Prüfung der Einhaltung der Versicherungsgrundsätze.

## **Art. 9 Aufhebung des Versicherungsmodells**

Der Versicherer kann das Versicherungsmodell Pflgenetz aufheben. In diesem Fall wird der Versicherte je nach Franchise in die Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher oder wählbarer Franchise umgeteilt.

## **Art. 10 Inkrafttreten**

Diese Besonderen Bedingungen werden ergänzt durch die zusätzlichen Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (AVB) und treten am 1. Januar 2012 in Kraft. Der Versicherer kann die Besonderen Bedingungen jederzeit ändern.