

Besondere Bedingungen der Versicherung Gesundheitsnetz OPTIMED Genf

RS

RSGMGE-A4 – Ausgabe 01.01.2011

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Versicherungsobjekt	Art. 7	Wahl des Hausarztes (im Besonderen)
Art. 2	Versicherungsabschluss	Art. 8	Austritt aus dem Gesundheitsnetz
Art. 3	Versicherungspolice	Art. 9	Verlust des Leistungsanspruchs
Art. 4	Leistungen	Art. 10	Inkrafttreten
Art. 5	Kostenbeteiligung		
Art. 6	Wahl des Leistungserbringers (im Allgemeinen)		

Art. 1 Versicherungsobjekt

1. Um seinen Versicherten qualitativ hochstehende, jedoch trotzdem günstige medizinische und pharmazeutische Leistungen und Spitalleistungen anbieten zu können, hat der Versicherer ein Gesundheitsnetz, nachfolgend «Netz» genannt, eingerichtet. Diesem Gesundheitsnetz können die Versicherten gemäss den vorliegenden Versicherungsbedingungen beitreten.
2. Mit seinem Beitritt zum Netz verpflichtet sich der Versicherte, Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Funktionsweise des Netzes zu erfüllen, insbesondere was die Wahl der Leistungserbringer betrifft. Im Gegenzug profitiert der Versicherte von den Mitgliedervorteilen des Netzes, insbesondere von einer Prämienreduktion.
3. Die besonderen Bedingungen der Funktionsweise des Netzes wie auch Bei- und Austritt der Versicherten basieren auf den Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (nachfolgend KVG), Artikel 41 Absatz 2 und 4, Artikel 62 Absatz 1 und 3, sowie auf der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (nachfolgend KVV), Artikel 99 – 101. Für alle weiteren Fälle gelten die allgemeinen Grundsätze des KVG und seine Ausführungsverordnungen.

Art. 2 Versicherungsabschluss

Der Versicherte kann seinen Beitritt zum Gesundheitsnetz jederzeit beantragen. Die Mitgliedschaft tritt am ersten Tag des dem Beitrittsantrag folgenden Monats in Kraft.

Art. 3 Versicherungspolice

Die Versicherung im Rahmen des Gesundheitsnetzes wird durch eine entsprechende Versicherungspolice bestätigt. Die Police dient dazu, die Zugehörigkeit zum Gesundheitsnetz bei den Leistungserbringern und allen offiziellen Stellen zu bestätigen.

Art. 4 Leistungen

Die im Rahmen des Gesundheitsnetzes garantierten Leistungen entsprechen den Leistungen des Katalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG Artikel 24 bis 34).

Art. 5 Kostenbeteiligung

Der Versicherte muss sich mit einer Franchise und einem Selbstbehalt an seinen Pflegekosten beteiligen. Diese Beteiligung erfolgt gemäss den Bestimmungen, die für alle Formen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelten (KVV Artikel 93, 94 Absatz 1 und 2, und Artikel 103 bis 105).

Art. 6 Wahl des Leistungserbringers (im Allgemeinen)

1. Ausser in Notfällen oder bei medizinischen Notwendigkeiten (nachfolgend Absatz 4), muss der Versicherte einen vom Gesundheitsnetz anerkannten Leistungserbringer wählen.
2. Wird eine Behandlung von einem Leistungserbringer durchgeführt, der nicht mehr anerkannt ist, kann der Versicherte die begonnene Behandlung fortsetzen, dies während einer Maximaldauer von zwei Monaten ab dem Tag, an dem der Leistungserbringer vom Versicherer nicht mehr anerkannt wurde.
3. Hat der Versicherte die ausdrückliche Zustimmung seines Hausarztes (nachfolgend Artikel 6) oder des Vertrauensarztes des Versicherers, kann er die Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht anerkannt ist, fortsetzen, Untersuchungen oder Tests weiterführen, Medikamente erwerben, Hilfsapparate oder -mittel besorgen, usw.
4. Bei Notfällen oder medizinischen Notwendigkeiten gemäss KVG kann der Versicherte einen nicht anerkannten Leistungserbringer konsultieren, wenn sein Hausarzt (HA) nicht erreicht werden kann. In diesem Fall kann die Behandlung bei einem anderen Arzt als dem HA fortgesetzt werden, wenn der HA oder der Vertrauensarzt des Versicherers dazu seine Zustimmung gibt. Die Behandlung darf jedoch nicht länger als zwei Monate dauern.

Art. 7 Wahl des Hausarztes HA (im Besonderen)

1. Der Hausarzt ist ein Arzt, der mit dem Gesundheitsnetz OPTIMED eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Der Hausarzt übernimmt die allgemeine Leitung der Behandlung des dem Gesundheitsnetz angeschlossenen Versicherten und überwacht die medizinischen und finanziellen Auswirkungen der Behandlung.
2. Bei seiner ersten Behandlung wendet sich der Versicherte an einen HA, den er frei aus einer vom Versicherer erstellten Liste wählt. Danach kann der Hausarzt nur noch mit Zustimmung des Vertrauensarztes gewechselt werden.
3. Ausser bei Spezialfällen, Notfällen und bei medizinischen Notwendigkeiten (Artikel 6 Absatz 2 bis 4) muss an erster Stelle immer der Hausarzt konsultiert werden. Dieser kann weitere medizinische Massnahmen verordnen oder seinen Patienten an einen Spezialisten weiterleiten.
4. In folgenden speziellen Fällen kann sich der Versicherte an einen Arzt wenden, der nicht sein HA ist:
 - a. diagnostische oder therapeutische Untersuchungen bei einem Augenarzt
 - b. gynäkologische Untersuchungen oder Behandlungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft
 - c. erste Konsultation eines SpezialistenIm Fall c informiert der Versicherte den Spezialisten, dass er dem Gesundheitsnetz angehört, und benachrichtigt telefonisch seinen HA. Dies wenn möglich vor dem Termin beim Spezialisten, jedoch spätestens am Tag nach der betreffenden Konsultation.

Art. 8 Austritt aus dem Gesundheitsnetz

1. Unter Vorbehalt von Absatz 2 dieses Artikels ist der Austritt aus dem Gesundheitsnetz nur auf Ende eines Kalenderjahres möglich und erfordert gleichzeitig den Übertritt des Versicherten in eine andere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Austritt aus dem Gesundheitsnetz gilt nicht gleichzeitig als Kündigung beim Versicherer.
2. Eine Verlegung des Wohnsitzes in eine Region ausserhalb des Tätigkeitsbereichs des Gesundheitsnetzes zieht im Allgemeinen den automatischen Übertritt des Versicherten in eine andere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit sich. Der Übertritt muss innert zwei Monaten erfolgen, zählbar ab der Wohnsitzgründung, analog zu Artikel 6 Absatz 2 dieser Bedingungen.

Art. 9 Verlust des Leistungsanspruchs

Missachtet der Versicherte die Bestimmungen der Versicherungsbedingungen, setzt er zum Beispiel die Behandlung bei einem nicht anerkannten oder nicht ausdrücklich bewilligten Leistungserbringer fort, verliert er sämtliche Leistungsansprüche. Die Ausnahmeregelungen in Artikel 6 Absatz 2 bis 4 und Artikel 7 Absatz 4 bleiben vorbehalten.

Art. 10 Inkrafttreten

Dieses Reglement wird ergänzt durch die zusätzlichen Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (AVB) und tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Der Versicherer kann das Reglement jederzeit ändern.