

Besondere Bedingungen der Versicherung PrimaFlex

RXGM01-A1 – Ausgabe 01.01.2023

Inhalt

Art. 1	Versicherungsmodell	Art. 8	Behandlungspfade und Leistungen ohne Franchise
Art. 2	Beitritt	Art. 9	Übermittlung von Daten
Art. 3	Kündigung	Art. 10	Prämien
Art. 4	Versicherungsgrundsätze	Art. 11	Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells
Art. 5	Pflichten der versicherten Person	Art. 12	Inkrafttreten
Art. 6	Abweichungen von den Versicherungsgrundsätzen		
Art. 7	Nichteinhaltung der Pflichten der versicherten Person		

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen sind ergänzend zu den zusätzlichen Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (AVB) anwendbar. Das Ausgabedatum der Ausführungsbestimmungen ist auf dem Versicherungsausweis aufgeführt.

Art. 1 Versicherungsmodell

Die Versicherung PrimaFlex ist eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach Art. 41 Abs. 4 und Art. 62 KVG sowie Art. 99 bis 101a KVV.

Art. 2 Beitritt

1. Jede Person mit Wohnsitz in den Regionen, in der die Versicherung PrimaFlex angeboten wird, kann der Versicherung beitreten.
2. Der Beitritt kann jederzeit erfolgen, soweit einem Wechsel des Versicherungsmodells keine gesetzliche Frist entgegensteht.

Art. 3 Kündigung

Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder einem anderen Versicherer ist auf das Ende eines Kalenderjahrs unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG vorgesehenen Frist möglich.

Art. 4 Versicherungsgrundsätze

1. Die Versicherung PrimaFlex basiert auf der Wahl zwischen mehreren ersten Anlaufstellen.
2. Bei Gesundheitsproblemen ist die versicherte Person verpflichtet, zuerst eine der folgenden ersten Anlaufstellen zu kontaktieren, die auf der Webseite des Versicherers aufgelistet sind:
 - a. **Partnerapotheke**
Die Partnerapotheke führt eine Beratung durch (nachfolgend «Beratungsgespräch»), bevor ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht wird.
Diese Beratung beschränkt sich auf den üblichen Kompetenzbereich des Apothekenpersonals.

Das Personal der Apotheken führt das Beratungsgespräch und überweist die versicherte Person bei Bedarf und nach Absprache mit der Apothekerin oder dem Apotheker an einen anderen medizinischen Leistungserbringer. Diese Dienstleistung wird den versicherten Personen nicht in Rechnung gestellt.

b. Telemedizin-Partner

Das telemedizinische Zentrum führt Beratungsgespräche durch (nachfolgend «Beratungsgespräch»), bevor ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht wird und überweist die versicherte Person bei Bedarf an einen anderen medizinischen Leistungserbringer. Diese Dienstleistung wird den versicherten Personen nicht in Rechnung gestellt.

3. Wenn die versicherte Person möchte, kann sie dem Versicherer die Kontaktdaten eines Arztes (nachfolgend «Hausarzt») übermitteln. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, ihren Hausarzt aufzusuchen, aber wenn sie es tut, entfällt die Verpflichtung, vorab eine erste Anlaufstelle zu kontaktieren. Der Hausarzt kann eine natürliche Person oder eine Gruppenpraxis sein, frei wählbar unter allen Ärzten, die ihre Tätigkeit gemäss KVG in der Schweiz ausüben dürfen.

Art. 5 Pflichten der versicherten Person

1. Bei Gesundheitsproblemen ist die versicherte Person verpflichtet, sich zuerst an eine der ersten Anlaufstellen zu wenden und aktiv am Beratungsgespräch teilzunehmen.
2. Ein Beratungsgespräch (Apotheke oder Telemedizin) führt zu einer Behandlungsempfehlung. In diesem Fall ist es der versicherten Person freigestellt, innerhalb des Behandlungszeitraums, der von der ersten Anlaufstelle festgelegt wurde, einen Arzt ihrer Wahl zu konsultieren.
3. Wenn die versicherte Person einen Hausarzt gewählt hat und sie diesen aufsuchen möchte, so ist sie von der in

Abs. 1 genannten Verpflichtung befreit. Wenn infolge dieser Konsultation ein anderer Arzt oder Leistungserbringer aufgesucht werden muss, so hat die versicherte Person dem Versicherer eine Bestätigung (Überweisungsschein) zuzustellen, um zu bestätigen, dass die Konsultation von ihrem Hausarzt angeordnet wurde. Einen Wechsel des Hausarztes muss die versicherte Person dem Versicherer vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt melden.

4. Konsultiert die versicherte Person einen anderen Arzt als den Hausarzt, so sind die Kontrollen oder Behandlungen, die von diesem anderen Arzt an einen weiteren medizinischen Leistungserbringer delegiert werden, von diesem anderen Arzt mit einem unterschriebenen Überweisungsschein zu bestätigen.

Art. 6 Abweichungen von den Versicherungsgrundsätzen

Die versicherte Person ist von den Pflichten, die in Art. 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen beschrieben sind, befreit:

- bei einem Notfall
Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person von ihr selbst oder von einer Drittperson als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder wenn eine notfallmässige Behandlung angebracht scheint.
- bei Untersuchungen und Behandlungen beim Gynäkologen
- bei Untersuchungen und Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt
- bei Untersuchungen und Behandlungen beim Augenarzt
- bei Untersuchungen und Behandlungen beim Kinderarzt
- bei Zahnbehandlungen
- bei der Nachsorge einer chronischen Erkrankung, sofern die versicherte Person dem Versicherer eine einmalige, von einem Arzt unterschriebene Bestätigung zukommen lässt

Art. 7 Nichteinhaltung der Pflichten der versicherten Person

Nach zwei Mahnungen wegen Missachtung der Grundsätze gemäss Art. 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen durch die versicherte Person, kann der Versicherer die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Monats von der Versicherung PrimaFlex ausschliessen. In einem solchen Fall wird die versicherte Person in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen. Die Franchise bleibt gleich.

Art. 8 Behandlungspfade und Leistungen ohne Franchise

1. Die versicherte Person erklärt sich damit einverstanden, dass ihr der Versicherer, die ersten Anlaufstellen oder von ihnen beauftragte Dritte Empfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung (nachfolgend «Behandlungspfad») anbieten.
2. Diese Behandlungspfade werden den versicherten Personen punktuell nach Kriterien vorgeschlagen, die von Gesundheitsfachpersonen festgelegt werden. Die versicherten Personen sind nicht verpflichtet, diese Behandlungspfade zu nutzen.

3. Im Rahmen der Versicherung PrimaFlex kann der Versicherer bei bestimmten Leistungen, die auf der Webseite des Versicherers aufgelistet sind, auf die Erhebung der Franchise verzichten.

Art. 9 Übermittlung von Daten

1. Der Versicherer stellt den ersten Anlaufstellen zur Identifizierung der versicherten Person folgende administrative Daten zur Verfügung: Name, Vorname, Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse und Versicherungsdeckung der versicherten Person. Die Apotheken identifizieren die versicherte Person anhand derselben Daten, die auf der Versichertenkarte aufgeführt sind.
2. Wenn der Versicherer gezielt Behandlungspfade anbieten und entsprechende Daten mit den ersten Anlaufstellen austauschen möchte, holt er die zusätzliche ausdrückliche Zustimmung der versicherten Person ein.
3. Damit der Versicherer die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person gemäss Art. 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen beurteilen kann, übermitteln ihm die ersten Anlaufstellen die erforderlichen Angaben wie Datum und Uhrzeit der Konsultation, Art der Behandlungsempfehlung, Kategorie des empfohlenen Leistungserbringers und Behandlungszeitraum.
4. Bei einer Reklamation der versicherten Person können der Versicherer, die ersten Anlaufstellen und die von ihnen beauftragten Dritten Informationen über die versicherte Person austauschen, insbesondere über den Inhalt der Konsultationen. Diese Informationen können sensible Daten enthalten.

Art. 10 Prämien

Im Rahmen der Versicherung PrimaFlex kann eine Verminderung auf die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher oder wählbarer Franchise gewährt werden.

Art. 11 Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells

1. Der Versicherer kann die Versicherung PrimaFlex jederzeit ändern oder einstellen.
2. Bei Aufhebung der Versicherung wird die versicherte Person in ein ähnliches Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder, bei Fehlen, in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen. Die Franchise bleibt gleich.

Art. 12 Inkrafttreten

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen treten am 1. Januar 2023 in Kraft.