

Hausarztversicherung Profit

Reglement (KVG) Ausgabe 01.2018

Um die Vertragsbestimmungen leichter lesbar zu gestalten, sind gewisse personenbezogene Bezeichnungen in männlicher Form gehalten; selbstverständlich gelten diese Bezeichnungen auch für weibliche Personen.

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeine Bestimmungen	2	IV	Rechte und Pflichten der versicherten Personen	2
1	Grundsätze	2	7	Betreuung/Versorgung durch den koordinierenden Arzt	2
2	Geltungsbereich	2	8	Notfallbehandlungen	2
II	Versicherungsverhältnis	2	9	Behandlungen beim Spezialarzt	3
3	Abschluss	2	10	Einweisung in ein Spital	3
4	Kündigung	2	11	Bade- und Erholungskuren	3
III	Prämien und Kostenbeteiligung	2	12	Medikamente	3
5	Prämien	2	13	Stellvertreter	3
6	Kostenbeteiligung	2	14	Wechsel des koordinierenden Arztes	3
			15	Listen	3
			16	Datenaustausch	3
			V	Schlussbestimmungen	3
			17	Inkrafttreten	3

I Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Grundsätze

- 1.1 Die Hausarztversicherung Profit ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG). Der von der versicherten Person gewählte Hausarzt (nachfolgend «koordinierender Arzt» genannt) stellt die ganzheitliche Behandlung und Betreuung in allen Gesundheitsfragen sicher.
- 1.2 Die versicherten Personen erklären sich bereit, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den koordinierenden Arzt durchführen oder sich von einem solchen an Dritte überweisen zu lassen. Sie tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.
- 1.3 Die garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Art. 7–15). Massgebend sind das KVG und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen. Ergänzend sind auch die Bestimmungen des Reglements für die Versicherungen nach KVG der Arcosana AG (nachfolgend Arcosana) anwendbar.

Art. 2 Geltungsbereich

Beim Bestehen einer Hausarztversicherung Profit gelten die Einschränkungen bei der Wahl der Leistungserbringer sinngemäss auch für allfällige bei der CSS Versicherung AG abgeschlossene Zusatzversicherungen, sofern diese vertraglich vorgesehen sind.

II Versicherungsverhältnis

Art. 3 Abschluss

Die versicherten Personen wählen beim Abschluss der Versicherung aus der anwendbaren CSS-Ärzteliste für die Hausarztversicherung Profit (nachfolgend «CSS-Ärzteliste» genannt) einen koordinierenden Arzt. Die anwendbare CSS-Ärzteliste bestimmt sich nach dem zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person. Der Abschluss der Hausarztversicherung Profit erfolgt jeweils auf den Ersten des folgenden Monats. Ein späterer Wechsel zu einem anderen koordinierenden Arzt ist möglich (Art. 14).

Art. 4 Kündigung

- 4.1 Die Kündigung der Versicherung kann unter Beachtung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich erklärt werden. Sofern nicht gleichzeitig auch ein Wechsel zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung eines anderen Versicherers erfolgt, führt die Kündigung zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Arcosana.
- 4.2 Bei einem Wegzug aus dem Geltungsbereich der CSS-Ärzteliste erfolgt der Austritt aus der Hausarztversicherung Profit und der Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung auf den Ersten des folgenden Monats. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen in Art. 3.
- 4.3 Wenn der koordinierende Arzt aus der CSS-Ärzteliste ausscheidet oder ausgeschlossen wird, können die versicherten Personen innerhalb einer Frist von einem Monat seit schriftlicher Aufforderung durch die Arcosana einen anderen Arzt aus der anwendbaren CSS-Ärzteliste als koordinierenden Arzt bezeichnen oder in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Arcosana wechseln. Wird das Wahlrecht innerhalb dieser Frist von der versicherten

Person nicht wahr genommen, führt dies automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Arcosana.

- 4.4 Bei wiederholter Verletzung der in Art. 7.1, 9.1, 10 und 11 genannten Pflichten oder wenn sich versicherte Personen länger als drei Monate im Ausland aufhalten, ist die Arcosana berechtigt, die betreffenden Personen unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Kalendermonats aus der Hausarztversicherung Profit auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Arcosana. Der erneute Abschluss eines alternativen Versicherungsmodells (Gesundheitspraxisversicherung, Hausarztversicherung Profit oder Callmed) ist frühestens nach zwei Jahren nach Ausschluss wieder möglich.

- 4.5 Ist die ärztliche Behandlung durch den koordinierenden Arzt aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen, nicht mehr möglich, ist die Arcosana berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Kalendermonats aus der Hausarztversicherung Profit auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Arcosana.

III Prämien und Kostenbeteiligung

Art. 5 Prämien

Die versicherten Personen erhalten einen Rabatt auf die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

Art. 6 Kostenbeteiligung

Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei ambulanter und stationärer Behandlung sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und nach dem Reglement für die Versicherungen nach KVG der Arcosana.

IV Rechte und Pflichten der versicherten Personen

Art. 7 Betreuung/ Versorgung durch den koordinierenden Arzt

- 7.1 Die versicherten Personen wenden sich für alle Behandlungen immer zuerst an ihren koordinierenden Arzt (ausgenommen Art. 8, 9.2 und 13). Dieser sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere Ärzte oder medizinische Hilfspersonen.
- 7.2 Beanspruchen versicherte Personen ausserhalb der in den Art. 8, 9.2 und 13 genannten Fälle direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren koordinierenden Arzt, tragen sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber.

Art. 8 Notfallbehandlungen

- 8.1 In einer Notfallsituation gelangen die versicherten Personen an ihren koordinierenden Arzt. Falls dieser nicht erreichbar sein sollte, wenden sie sich an das von der Arcosana beauftragte medizinische Beratungszentrum (die Telefonnummer ist auf der Versichertenkarte aufgedruckt) oder wahlweise an den Stellvertreter des koordinierenden Arztes oder an die regionale Notfallorganisation am Wohnort, gegebenenfalls am Aufenthaltsort.
- 8.2 Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitalweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, sind die versicherten Personen verpflichtet, zum erstmöglichen Zeitpunkt den koordinierenden Arzt zu orientieren oder

orientieren zu lassen. Sollte anschliessend eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese beim koordinierenden Arzt erfolgen. Mit Einverständnis des koordinierenden Arztes kann die weitere Behandlung so lange wie notwendig auch beim Notfallarzt erfolgen.

Art. 9 Behandlungen beim Spezialarzt

- 9.1 Werden versicherte Personen von ihrem koordinierenden Arzt einem Spezialarzt zugewiesen und empfiehlt dieser eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, sind die versicherten Personen verpflichtet, ihren koordinierenden Arzt im Voraus darüber zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.
- 9.2 Die versicherten Personen verfügen bei folgenden Spezialärzten über das freie Wahlrecht:
- Augenärzte (Fachärzte für Ophthalmologie)
 - Frauenärzte (Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe).

Art. 10 Einweisung in ein Spital

Einweisungen in Spitäler oder teilstationäre Einrichtungen müssen durch den koordinierenden Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen (ausgenommen Art. 8, 9 und 13). Der koordinierende Arzt stellt die Spitalbedürftigkeit fest und weist die versicherten Personen in das Spital ein. Art.

Art. 11 Bade- und Erholungskuren

Einweisungen in Bade- und Erholungskuranstalten müssen durch den koordinierenden Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen, sofern der Anspruch auf Versicherungsleistung geltend gemacht wird.

Art. 12 Medikamente

Die versicherte Person verpflichtet sich jeweils ein kostengünstiges Arzneimittel aus der ärztlich verordneten Wirkstoffgruppe zu verlangen. Als Basis gilt die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte sogenannte Generikalistie. Es kann sich dabei um ein Generikum oder ein vergleichsweise kostengünstiges Originalpräparat handeln. Wählt die versicherte Person ein auf der Generikalistie des BAG geführtes Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt (20%), für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden die Kosten nur zu 50% vergütet. Diese Regelung gilt nicht, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. Eine entsprechende schriftliche Bestätigung des behandelnden Arztes muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen.

Art. 13 Stellvertreter

Ist der koordinierende Arzt, den die versicherten Personen aus der CSS-Ärzteliste ausgewählt haben, abwesend, wenden sie sich an das von der Arcosana beauftragte medizinische Beratungszentrum (die Telefonnummer ist auf der Versichertenkarte aufgedruckt) oder an den Stellvertreter des koordinierenden Arztes (ausgenommen Art. 8). Bei längerer Abwesenheit können die versicherten Personen einen anderen koordinierenden Arzt aus der entsprechenden CSS-Ärzteliste bezeichnen.

Art. 14 Wechsel des koordinierenden Arztes

Die versicherten Personen können den koordinierenden Arzt in begründeten Fällen auf den Ersten des folgenden Monats wechseln und einen anderen koordinierenden Arzt aus der entsprechenden CSS-Ärzteliste bezeichnen. Sie teilen dies vor dem Wechsel dem bisherigen koordinierenden Arzt und der zuständigen Agentur mit.

Art. 15 Listen

- 15.1 Die in diesem Reglement genannten, jeweils gültigen Listen werden im Internet (www.css.ch) veröffentlicht und können auch bei der zuständigen Agentur bezogen werden.
- 15.2 Massgebend sind immer die zum Behandlungszeitpunkt gültigen Listen.
- 15.3 Die Arcosana kann die im Reglement genannten Listen jährlich anpassen (Ausnahme: Generikalistie gemäss Art. 12.1).

Art. 16 Datenaustausch

Mit dem Abschluss der Hausarztversicherung Profit erklären sich die versicherten Personen damit einverstanden, ihrem koordinierenden Arzt Einsicht in die für dieses Versicherungsmodell notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Diese Versicherungsform erfordert zudem einen Datenaustausch zwischen dem koordinierenden Arzt, der Arcosana AG und allfälligen Dritten. Dabei handelt es sich um Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten der versicherten Personen. Diese werden insbesondere Spezialisten, Spitälern und anderen im Rahmen der medizinischen und organisatorischen Leistungserbringung involvierten Personen und Institutionen zwecks Durchführung des Vertrages oder bei einem Wechsel des koordinierenden Arztes bekannt gegeben.

V Schlussbestimmungen

Art. 17 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt per 01. Januar 2018 in Kraft.

