

Besondere Bedingungen der Versicherung OptiMed

RS

RSGM02-A5 – Ausgabe 01.04.2025

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Versicherungsmodell	Art. 8	Behandlungspfade und Leistungen ohne Franchise oder Selbstbehalt
Art. 2	Beitritt	Art. 9	Datenverarbeitung
Art. 3	Kündigung	Art. 10	Prämien
Art. 4	Versicherungsgrundsatz	Art. 11	Ende der Mitgliedschaft
Art. 5	Pflichten der versicherten Person	Art. 12	Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells
Art. 6	Abweichungen vom Versicherungsgrundsatz	Art. 13	Inkrafttreten
Art. 7	Nichteinhaltung der Pflichten der versicherten Person		

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

Art. 1 Versicherungsmodell

Die Versicherung OptiMed 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 OptiMed angeboten wird, kann der Versicherung beitreten.
2. Unter Vorbehalt gegenteiliger Bestimmungen in diesen Bedingungen ist der Beitritt jederzeit möglich, sofern dem 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 Kalenderjahres unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG vorgesehenen Frist möglich.

Art. 4 Versicherungsgrundsatz

Die Versicherung OptiMed basiert auf dem Hausarztprinzip. Als Hausarzt wird eine natürliche Person, eine Gruppenpraxis oder ein Telemedizin-Partner verstanden. Dieser stellt die medizinische Grundversorgung sicher, koordiniert die weitere Behandlung und leitet die versicherte Person wenn nötig an einen anderen medizinischen Leistungserbringer weiter.

Art. 5 Pflichten der versicherten Person

1. Beim Beitritt zur Versicherung OptiMed wählt die versicherte Person einen im Rahmen der Versicherung OptiMed anerkannten Hausarzt und teilt dem Versicherer dessen Angaben mit. Die Liste der im Rahmen der Versicherung OptiMed anerkannten Hausärzte ist auf der Webseite www.groupemutuel.ch verfügbar.
2. In Abweichung von Abs. 1 kann beim Beitritt eines Kindes zur Versicherung OptiMed frei ein Hausarzt unter allen Ärzten, die ihre Tätigkeit gemäss KVG in der Schweiz ausüben dürfen, gewählt werden. Die entsprechenden Angaben werden dem Versicherer mitgeteilt.
3. Bei gesundheitlichen Problemen ist die versicherte Person verpflichtet, zuerst den Hausarzt zu konsultieren.
4. Für jegliche Konsultation bei einem anderen Arzt oder medizinischen Leistungserbringer, ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer eine Überweisungsbestätigung zuzustellen, die bescheinigt, dass die Konsultation von ihrem Hausarzt angeordnet wurde.
5. Konsultiert die versicherte Person einen anderen Arzt als den Hausarzt, müssen die Kontrollen oder Behandlungen, die von diesem anderen Arzt an einen weiteren medizinischen Leistungserbringer delegiert wurden, schriftlich von diesem anderen Arzt bestätigt werden (Überweisungsbestätigung).
6. Jegliche Änderung des Hausarztes muss dem Versicherer von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

Art. 6 Abweichungen vom Versicherungsgrundsatz

Die versicherte Person ist von den Pflichten, die in Art. 5 Abs. 3 bis 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen beschrieben sind, befreit:

- bei einem Unfall oder in einem Notfall
Die versicherte Person muss den Hausarzt innert 15 Tagen nach der Konsultation informieren.
Ein Notfall besteht, wenn der Zustand der versicherten Person durch ihn oder einen Dritten als lebensgefährlich erachtet 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

Art. 7 Nichteinhaltung der Pflichten der versicherten Person

1. Nach zwei Mahnungen innerhalb eines Kalenderjahres wegen Missachtung der Grundsätze gemäss Art. 5 Abs. 3 bis 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 OptiMed ausschliessen. In einem solchen Fall wird die versicherte Person in das obligatorische Grundversicherungsmodell mit freier Wahl der Leistungserbringer (Standardmodell) unter Beibehaltung der gleichen Franchise übertragen. Dies führt zu einer entsprechenden Anpassung der Prämie.
2. Nach Ausschluss im Sinne dieses Artikels ist eine Wiederaufnahme in eine obligatorische Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer frühestens auf den 1. Januar des folgenden Kalenderjahres möglich.

Art. 8 Behandlungspfade und Leistungen ohne Franchise oder Selbstbehalt

1. Die versicherte Person erklärt sich damit einverstanden, dass ihr der Versicherer, der Hausarzt oder von ihm beauftragte Dritte Empfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung (nachfolgend «Behandlungspfade») 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. Der Versicherer kann bei bestimmten Leistungen, die auf der Website www.groupemutuel.ch aufgelistet sind, auf die Erhebung der Franchise oder des Selbstbehalts verzichten.

Art. 9 Datenverarbeitung

1. Die persönlichen Daten der versicherten Person werden gemäss den Bedingungen verarbeitet, die in den Ergänzenden Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG sowie in der Datenschutzrichtlinie der Groupe Mutuel, die auf der Website www.groupemutuel.ch abrufbar ist, beschrieben sind.
2. Es wird auch darauf hingewiesen, dass der Versicherer dem Hausarzt, dem Versorgungsnetz, dem er angehört, und eventuellen von ihm beauftragten Dritten die folgenden Daten der versicherten Person zur Verfügung stellt, um die mit dem Versicherungsmodell verbundenen Dienstleistungen zu erbringen und zu verwalten und insbesondere die versicherte Person zu identifizieren oder eine eventuelle Vergütung im Zusammenhang mit den Leistungen zu berechnen: Name, Vorname, Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Nummer und Gültigkeit der Versicherungskarte, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Kontaktdaten des Hausarztes, allfälliger von ihm beauftragter Dritter sowie des Versorgungsnetzes, dem er angehört, Kontaktdaten der Leistungserbringer und Verschreiber, Rechnungsdaten und -nummern, Zahlungsdaten, Behandlungsdaten, Fallart, Kostenart, Betrag der Behandlungen, Anzahl Nichteinhaltungen der Pflichten der versicherten Person, Versicherungsdauer, Versicherungsdeckung und vorheriger Versicherer.
3. Damit der Versicherer zudem die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person gemäss Art. 5 Abs. 3 bis 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen beurteilen kann, übermittelt ihm der Hausarzt und allfällige von ihm beauftragte Dritte zudem die nötigen Angaben wie Datum und Uhrzeit der Konsultation, Art der abgegebenen medizinischen Empfehlung, Kategorie des empfohlenen Leistungserbringers und Behandlungszeitraum.
4. Bei einer Reklamation der versicherten Person können der Hausarzt und der Versicherer Informationen über die versicherte Person austauschen, insbesondere Angaben zum Inhalt der Konsultationen. Diese Informationen können sensible Daten enthalten.

Art. 10 Prämien

Die Prämie der Versicherung OptiMed kann gegenüber der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher oder wählbarer Franchise reduziert werden.

Art. 11 Ende der Mitgliedschaft

1. Die Versicherung OptiMed erlischt insbesondere, wenn:
 - a. die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Region verlegt, in der OptiMed nicht angeboten wird
 - b. der von der versicherten Person gewählte Hausarzt die erforderlichen Behandlungen nicht mehr koordinieren kann (aufgrund des Gesundheitszustands der versicherten Person, insbesondere bei einem Aufenthalt der versicherten Person in einem Pflegeheim, oder aus jeglichem anderen Grund)

- c. der von der versicherten Person gewählte Hausarzt (siehe Art. 5 Abs. 1 der vorliegenden Besonderen Bedingungen) nicht mehr auf der Liste der im Rahmen der Versicherung OptiMed anerkannten Hausärzte aufgeführt ist
2. In diesen Fällen kann die versicherte Person beim Versicherer beantragen, ein Versicherungsmodell ihrer Wahl unter den Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer weiterzuführen, unter Beibehaltung der gleichen Franchise. Erfolgt kein solcher Antrag, wird die versicherte Person automatisch in ein ähnliches Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder, falls es kein solches gibt, in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen, unter Beibehaltung der gleichen Franchise. Diese automatische Übertragung erfolgt gemäss lit. a bei Wohnsitzwechsel oder gemäss lit. b und c zum 1. Januar des Folgejahrs.
3. Um das Modell OptiMed beizubehalten, kann die versicherte Person in den Fällen von lit. b und c dem Versicherer die Kontaktdaten eines neuen Hausarztes mitteilen. Der Versicherer behält sich zudem das Recht vor, den Arzt, den die versicherte Person am häufigsten aufgesucht hat, von sich aus als Hausarzt der versicherten Person zu bestimmen. In jedem Fall muss der neue Hausarzt die Anforderungen von Art. 5 Abs. 1 dieser Besonderen Bedingungen erfüllen.
4. Ein versichertes Kind, dessen Hausarzt im Rahmen der Versicherung OptiMed nicht anerkannt ist, muss dem Versicherer vor dem Ende des Kalenderjahres, in dem es 18 Jahre alt wird, die Angaben eines gemäss Art. 5 Abs. 1 der vorliegenden Bedingungen anerkannten Hausarztes mitteilen. Ohne Mitteilung vonseiten des Kindes wird es im Folgejahr in ein ähnliches Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder, wenn es kein solches gibt, ins Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen.

Art. 12 Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells

1. Der Versicherer kann die Versicherung OptiMed jederzeit ändern oder aufheben.
2. Bei Aufhebung der Versicherung wird die versicherte Person in ein möglichst ähnliches Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder, falls es kein solches gibt, in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen. Die Franchise bleibt gleich.

Art. 13 Inkrafttreten

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen treten am 1. April 2025 in Kraft