glarner krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbestimmungen PREMIUM

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, Landquart, gültig ab 01.01.2019

Inhaltsverzeichnis

1. **Versicherungsgrundlagen**
   - 1.1 Versicherungsträger
   - 1.2 Gemeinsame Bestimmungen
   - 1.3 Zweck
   - 1.4 Leistungsvoraussetzung
   - 1.5 Örtlicher Geltungsbereich
   - 1.6 Versicherungsabschluss
2. **Ambulante Behandlung**
   - 2.1 Ärztliche Wahlbehandlung im Ausland
   - 2.2 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland
   - 2.3 Nichtärztliche Psychotherapie
     - 2.3.1 Leistungsumfang
     - 2.3.2 Leistungsvoraussetzung
   - 2.4. Thermalbad
   - 2.5. Sterilisation
   - 2.6. Augenlaser
3. **Mutterschaft**
   - 3.1 Geburtsvorbereitung
   - 3.2 Stillgeld
4. **Prävention**
   - 4.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
   - 4.2 Check-Up-Untersuchung
   - 4.3 Impfung
   - 4.4 Gesundheitskonto
5. **Hilfsmittel**
   - 5.1 Sehhilfen
   - 5.2 Andere Hilfsmittel
6. **Zahnärztliche Behandlung**
   - 6.1 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe
   - 6.2 Weisheitszähne
   - 6.3 Kieferorthopädische Behandlung
   - 6.4 Behandlung im Ausland
   - 6.5. Tarif
7. **Alternativmedizin**
   - 7.1 Alternativmedizinische Behandlung
   - 7.2 Behandlung im Ausland
8. **Medikamente und Heilmittel**
   - 8.1 Nichtpflichtmedikamente
   - 8.2 Natürliche Heilmittel
9. **Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten**
   - 9.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
     - 9.1.1 Leistungsumfang
     - 9.1.2. Selbstbehalt
     - 9.1.3. Leistungen Dritter
   - 9.2 Suchaktionen
   - 9.3. Fahrtkosten
10. **CASAMED-Variante**
   - 10.1 Zusätzliche Bedingungen
   - 10.2 Hausarztprinzip
   - 10.3 Ausnahmen von Hausarztprinzip
   - 10.4 Spitäler
   - 10.5 Andere Fachpersonen
   - 10.6 Weitere Leistungserbringer
   - 10.7 Notfall
   - 10.8 Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante
     - 10.8.1 Leistungsausschluss
     - 10.8.2 Ausschluss Hausarztvariante
   - 10.9 Leistungsabwicklung
     - 10.9.1 Pauschalabrechnung
     - 10.9.2 Veranlasste Leistung

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist ÖKK Versicherungen AG, Landquart (nachfolgend Versicherer genannt).

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Produktelinie UNO (GB UNO) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung. Soweit die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung von den GB UNO abweichen, gehen die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung den GB UNO vor.

1.3 Zweck

Die Versicherung leistet für ambulante Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie Notfälle im Ausland.

Die Versicherung leistet für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, natürliche Heilmittel und zahlt ein Stillgeld aus. Die Versicherung leistet in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung gedeckt ist.

1.4 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind.

1.5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung leistet in der Schweiz und im Ausland, wenn nicht anders bestimmt.

1.6 Versicherungsabschluss

Die Versicherung kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

2. Ambulante Behandlung

2.1 Ärztliche Wahlbehandlung im Ausland

Die Versicherung leistet 90% bei ambulanten schulmedizinischen Behandlungen durch Ärzte im Ausland.

2.2 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

Die Versicherung leistet für ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland bei einem vorübergehenden Auslandaufenthalt.

2.3 Nichtärztliche Psychotherapie

2.3.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr für nichtärztliche psychotherapeutische Behandlung, wenn der Psychotherapeut die kantonale Bewilligung zur selbständigen Praxisführung hat.

2.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch den Vertrauensarzt.

Die Versicherung leistet nicht für Psychotherapien zur Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken.

Die Versicherung leistet nicht für Parallelbehandlungen bei weiteren Psychologen oder Psychiatern.

2.4 Thermalbad

Die Versicherung leistet 50%, bis zwölf Eintritte pro Kalenderjahr für ärztlich verordnetes Thermalbad.

2.5 Sterilisation

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1000.– für Sterilisation und Vasektomie von Erwachsenen.

2.6 Augenlaser

Die Versicherung leistet bis CHF 1000.– einmalig für Augenlaserbehandlung zur Sehkorrektur von Erwachsenen ab 18 Jahre, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt.

3. Mutterschaft

3.1 Geburtsvorbereitung

Die Versicherung leistet bis CHF 200.– pro Schwangerschaft für von einer Fachperson durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse (inkl. Rückbildungs- und Schwangerschaftsgymnastik).

3.2 Stillgeld

Die Versicherung leistet CHF 250.–, wenn die Mutter ihr Kind zehn Wochen lang stillt.

4. Prävention

4.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Die Versicherung leistet 90% einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung nach KVG zum KVG-Tarif pro Kalenderjahr, wenn im laufenden Kalenderjahr keine Leistung für eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung aus der Krankenpflegeversicherung nach KVG erbracht wird.

4.2 Check-Up-Untersuchung

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 500.– pro Kalenderjahr für ärztliche Check-Up-Untersuchung.

Die Umschreibung einer Check-Up-Untersuchung kann beim Versicherer eingesehen werden.

4.3 Impfung

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 300.– für medizinisch anerkannte Impfungen.

4.4 Gesundheitskonto

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 300.– pro Kalenderjahr für ausgewählte Präventivmassnahmen pro Bereich Familie, Ernährung, Bewegung und sonstige Prävention.

Werden Präventivmassnahmen verschiedener Bereiche in Anspruch genommen, leistet die Versicherung bis CHF 600.– pro Kalenderjahr.

Der Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

Die einzelnen vom Versicherer anerkannten Präventivmassnahmen können beim Versicherer eingesehen werden.

5. Hilfsmittel

5.1 Sehhilfen

Die Versicherung leistet bis CHF 200.– pro Kalenderjahr für Brillengläser und Kontaktlinsen zur Sehkorrektur.

5.2 Andere Hilfsmittel

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 300.– pro Kalenderjahr für ärztlich verordnete Hilfsmittel, für die aus der Krankenpflegeversicherung nach KVG nicht geleistet wird.

Die Hilfsmittel müssen vom Versicherer anerkannt sein.

Nicht versichert sind Betriebs-, Unterhalts- und Reparaturkosten von Hilfsmitteln.

6. Zahnärztliche Behandlung

6.1 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

Die Versicherung leistet bis CHF 100.– pro Kalenderjahr für zahnärztliche Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen oder zahnmedizinische Prophylaxe.

6.2 Weisheitszähne

Die Versicherung leistet 90% für die Extraktion von Weisheitszähnen. Die Versicherung leistet bei stationärer Behandlung in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton.

6.3 Kieferorthopädische Behandlung

Die Versicherung leistet 70% für kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis 25 Jahre gemäss anerkanntem Tarif.

Die Versicherung leistet, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt. Die Karenzfrist entfällt, wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht.

6.4 Behandlung im Ausland

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung in einem angrenzenden Nachbarland der Schweiz erfolgt.

6.5 Tarif

Die Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerischer Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarzttarif UV/MV/IV» gibt.

Die Versicherung leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

Die Versicherung rechnet Leistungen der Kantone und Gemeinden an. Sie leistet im Nachgang.

7. Alternativmedizin

7.1 Alternativmedizinische Behandlung

Die Versicherung leistet 70%, bis CHF 10 000.– pro Kalenderjahr für alternativmedizinische Behandlung, wenn die Therapiemethode (z.B. Teilbereiche von traditioneller chinesischer Medizin, naturheilkundlichen Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt vom Versicherer anerkannt sind.

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapiemethoden und Therapeuten und Ärzte. Er führt eine Liste der anerkannten Therapiemethoden.

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr für weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene alternativmedizinische Behandlungen. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten. Keine Leistungen werden für mehrere alternativmedizinische Parallelbehandlungen erbracht, von denen kein Nutzen zu erwarten ist.

7.2 Behandlungen im Ausland

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung in einem angrenzenden Nachbarland der Schweiz erfolgt.

8. Medikamente und Heilmittel

8.1 Nichtpflichtmedikamente

Die Versicherung leistet 90% für ärztlich verordnete Medikamente, die nicht in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG oder der Negativliste des Versicherers stehen.

8.2 Natürliche Heilmittel

Die Versicherung leistet 90% für phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Heilmittel sowie von Oligosolen, wenn sie nicht in der Negativliste des Versicherers stehen.

9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

9.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

9.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet für

- medizinisch notwendige Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital,
- Rücktransporte in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung,
- Rettungs- und Bergungsaktionen insgesamt bis CHF 100 000.– pro Kalenderjahr.

Die Versicherung leistet bei Transport im Luftfahrzeug, wenn er medizinisch notwendig ist.

9.1.2 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt CHF 100.– pro Fall.

9.1.3 Leistungen Dritter

Keine Versicherungsdeckung besteht für Transportkosten, die durch eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisation gedeckt sind.

9.2 Suchaktion

Die Versicherung leistet bis CHF 20000.– pro Kalenderjahr für Suchaktionen, zusätzlich zur Leistung bei Rettung oder Bergung.

9.3 Fahrtkosten

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 400.– pro Kalenderjahr für Fahrtkosten öffentlicher Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungsort, wenn die Behandlung am Wohnort oder im Umkreis von 30 Kilometern nicht erbracht werden kann.

10. CASAMED-Variante

10.1 Zusätzliche Bedingungen

Für versicherte Personen, die in der Krankenpflegeversicherung nach KVG ihr Wahlrecht auf bestimmte Leistungserbringer beschränkt haben, gelten die folgenden zusätzlichen Bedingungen.

10.2 Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet nach dem Hausarztprinzip. Leistungen müssen von dem Hausarzt erbracht, verordnet oder veranlasst werden, den die versicherte Person gewählt hat.

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

10.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet für Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärzten ohne vorgängige Konsultation des Hausarztes. Führen sie weitergehende Behandlungen durch, ist der Hausarzt zu konsultieren.

Die Versicherung leistet für alternativmedizinische Behandlung, Präventivmassnahmen im Rahmen des Gesundheitskontos, Geburtsvorbereitung, Transport, Suche, Rettung und Bergung, zahnärztliche Kontrolluntersuchung ohne Konsultation des Hausarztes.

10.4 Spitäler

Die Versicherung kann Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Behandlung der versicherten Person ausschliesslich obliegt.

10.5 Andere Fachpersonen

Die Versicherung kann anstelle des Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, die Leistungen erbringen, verordnen oder veranlassen.

10.6 Weitere Leistungserbringer

Die Versicherung kann weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Behandlung oder Versorgung der versicherten Personen ausschliesslich obliegt.

10.7 Notfall

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

10.8 Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante

10.8.1 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

10.8.2 Ausschluss Hausarztvariante

Der Versicherer kann die versicherte Person bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten aus der Hausarztvariante in die ordentliche Versicherungsvariante umteilen.

10.9 Leistungsabwicklung

10.9.1 Pauschalabrechnung

Die Versicherung kann mit dem Hausarzt vereinbaren, dass Leistungen pauschal abgegolten werden.

10.9.2 Veranlasste Leistung

Die Versicherung kann bei veranlasster Leistung von der versicherten Person oder vom Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.