glarner krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbestimmungen FAMILY FLEX

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 Behandlung bei Notfall im Ausland
- 2.2 Nichtärztliche Psychotherapie
  - 2.2.1 Leistungsumfang
  - 2.2.2 Leistungsvoraussetzung
- 2.3 Thermalbad
- 2.4 Sterilisation

3. Stationäre Behandlung
- 3.1 Spitalbehandlung
  - 3.1.1 Leistungsvoraussetzung
  - 3.1.2 Leistungsumfang
  - 3.1.3 Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung
- 3.2 Stationäre Rehabilitation
- 3.3 Psychiatrische Behandlung
- 3.4 Notfall im Ausland
- 3.5 Kur
  - 3.5.1 Erholungskur
  - 3.5.2 Badekur
  - 3.5.3 Andere Kur
  - 3.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt
- 3.6 Haushaltshilfe
  - 3.6.1 Im Allgemeinen
  - 3.6.2 Leistungsumfang
  - 3.6.3 Leistungserbringer
- 3.7 Kinderhütedienst
  - 3.7.1 Im Allgemeinen
  - 3.7.2 Leistungsvoraussetzung
  - 3.7.3 Leistungsumfang
- 3.8 Rooming-In

4. Mutterschaft
- 4.1 Kosten der stationären Behandlung
- 4.2 Geburt im Geburtshaus
- 4.3 Haushaltshilfe nach Geburt
  - 4.3.1 Im Allgemeinen
  - 4.3.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt
  - 4.4.3 Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt
- 4.4 Geburtsvorbereitung
- 4.5 Stillgeld

5. Prävention
- 5.1 Check-Up-Untersuchung
- 5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 5.3 Gesundheitskonto
  - 5.3.1 Leistungsumfang
  - 5.3.2 Leistungsvoraussetzung
- 5.4 Impfung

6. Hilfsmittel
- 6.1 Sehhilfen
- 6.2 Andere Hilfsmittel

7. Zahnärztliche Behandlung
- 7.1 Weisheitszähne
- 7.2 Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche
- 7.3 Leistung des Gemeinwesens
- 7.4 Leistungserbringer und Tarif
- 7.5 Behandlung im Ausland

8. Alternativmedizin

9. Medikamente und Heilmittel
- 9.1 Nichtpflichtmedikamente
- 9.2 Natürliche Heilmittel

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten
- 10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
  - 10.1.1 Leistungsumfang
  - 10.1.2 Selbstbehalt
  - 10.1.3 Leistungen Dritter
- 10.2 Suchaktionen
- 10.3 Fahrtspesen

11. CASAMED-Variante
- 11.1 Im Allgemeinen
- 11.2 Hausarztprinzip
- 11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip
- 11.4 Spitäler
- 11.5 Andere Fachpersonen
- 11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel
- 11.7 Weitere Leistungserbringer
- 11.8 Notfall
- 11.9 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante
  - 11.9.1 Leistungsausschluss
  - 11.9.2 Ausschluss CASAMED-Variante
- 11.10 Leistungsabwicklung
  - 11.10.1 Pauschalabrechnung
  - 11.10.2 Veranlasste Leistung

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

Der Versicherungsträger ist die 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 erbringt Leistungen an ambulante und stationäre Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie Notfälle im Ausland.

Die Versicherung erbringt Leistungen an Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, natürliche Heilmittel, Kuren, spitalexterne Haushaltshilfe und zahlt ein Stillgeld aus.

Die Versicherung erbringt Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung (inkl. Grundversicherung bei einem anderen Versicherer) abgedeckt ist.

Die Versicherung leistet vorgängig zu allen anderen beim Versicherer abgeschlossenen Versicherungen nach VVG. Selbstbehalte werden bei jeder Versicherung in Abzug gebracht.

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.

Die Versicherung leistet bei stationärer Behandlung, wenn die Behandlung in einem Listen- oder Vertragsspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung leistet in der Schweiz, wenn nichts anders bestimmt.

1.6 Versicherungsabschluss

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

2. Ambulante Behandlung

2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

2.2 Nichtärztliche Psychotherapie

2.2.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 50% der Kosten, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr für die Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind.

2.2.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch den Vertrauensarzt. Die Versicherung leistet nicht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen, ausserdem nicht bei Parallelbehandlung bei weiteren Psychologen oder Psychiatern.

2.3 Thermalbad

Die Versicherung leistet 50% der Kosten von maximal zwölf Eintritten pro Kalenderjahr an den ärztlich verordneten Besuch eines Thermalbades.

2.4 Sterilisation

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

3. Stationäre Behandlung

3.1 Spitalbehandlung

3.1.1 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn der Versicherte spitalbedürftig im Sinne der Grundversicherung ist.

3.1.2 Leistungsumfang

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von der Grundversicherung die Kosten bei Spitalaufenthalt. Die Kostenbeteiligung der Grundversicherung wird erhoben. Die versicherte Person wählt vor Spitaleintritt die Abteilung mit entsprechender Kostenbeteiligung.

3.1.3 Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung

Der Versicherte kann unter folgenden Abteilungen wählen:

Abteilung	Kostenbeteiligung
Allgemeine Abteilung:	keine
Allgemeine Abteilung Komfort 2-Bettzimmer:	10%, max. CHF 200.– pro Kalenderjahr
Komfort 1-Bettzimmer:	10%, max. CHF 200.– pro Kalenderjahr
Komfort Familien-Zimmer (nur bei Geburt)	10%, max. CHF 200.– pro Kalenderjahr
Halbprivate Abteilung	15%, max. CHF 1500.– pro Kalenderjahr
Familien-Zimmer (nur bei Geburt)	15%, max. CHF 1500.– pro Kalenderjahr

Bei Geburt in einem Listen- oder Vertragsspital entfällt die Kostenbeteiligung im Komfort Zimmer der allgemeinen Abteilung (Einbett-, Zweibett-, Familienzimmer). Die Kostenbeteiligung ist für Familien, deren Familienmitglieder im gleichen Haushalt leben, auf CHF 3000.– pro Kalenderjahr begrenzt. Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die Versicherung leistet bei Geburt bis CHF 200.– pro Tag der Mehrkosten im Komfort Zimmer der allgemeinen Abteilung (Einbett-, Zweibett-, Familienzimmer) oder im Familienzimmer der halbprivaten Abteilung.

3.2 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, leistet die Versicherung bis zu 60 Tage pro Kalenderjahr in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 3.1.3.

3.3 Psychiatrische Behandlung

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik leistet die Versicherung bis zu 90 Tage pro drei Kalenderjahren in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 3.1.3.

3.4 Notfall im Ausland

Die Versicherung leistet bei Notfall im Ausland für stationäre Behandlung in der versicherten Abteilung eines Akutspitals bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 3.1.3., solange ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist. Dem Versicherer ist sofort, spätestens innert zehn Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachegesuch einzureichen.

3.5 Kur

3.5.1 Erholungskur
Die Versicherung leistet an eine ärztlich verordnete Erholungskur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt CHF 50.– pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Kuranstalten.

3.5.2 Badekur
Die Versicherung leistet CHF 30.– pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern.

Der Versicherer kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an den einweisenden Arzt verlangen.

3.5.3 Andere Kur
Die Versicherung kann auf Antrag des Vertrauensarztes bei spezieller medizinischer Indikation für ärztlich verordnete andere Kuren eine Pauschale bis zu Höhe des Badekurbeitrages leisten.

3.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt
Die ärztliche Verordnung mit Diagnose für einen Kuraufenthalt ist dem Versicherer zwei Wochen vor Kurantritt einzureichen.

Bei Unterbrechung einer Kur werden Teilkurkosten nur übernommen, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

3.6 Haushaltshilfe

3.6.1 Im Allgemeinen
Kann bei Krankheit oder Unfall ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, leistet die Versicherung auf ärztliche Verordnung Beiträge an spitalexterne Haushaltshilfe, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

3.6.2 Leistungsumfang
Die Versicherung leistet an die Kosten einer anerkannten Haushaltshilfe bis CHF 50.– pro Tag, höchstens CHF 1000.– pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und dem Versicherer fehlt.

Ist die versicherte Person für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 2000.– pro Kalenderjahr. Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

3.6.3 Leistungserbringer
Als Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Organisation den Haushalt des Versicherten besorgt.

Die Hilfe durch Angehörige des Versicherten wird anerkannt, wenn dem Angehörigen Erwerbsausfall entsteht.

3.7 Kinderhütedienst

3.7.1 Im Allgemeinen
Die Versicherung leistet Beiträge an durchgeführte Betreuungs- und Pflegedienste für Kinder bis zwölf Jahre.

Voraussetzung ist eine vertragliche Regelung zwischen dem Versicherer und einer vom Versicherer anerkannten Organisation für Kinderhütedienste.

3.7.2 Leistungsvoraussetzung
Die Leistung wird erbracht, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall Betreuung oder Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist beschränkt auf Fachpersonal der vom Versicherer anerkannten Organisation.

Einen Leistungsanspruch haben Kinder, deren erziehungsberechtigte Person oder Personen während der Zeit der Betreuung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

3.7.3 Leistungsumfang
Die Versicherung leistet für den Betreuungs- und Pflegedienst bis CHF 30.– pro Stunde, höchstens CHF 600.– pro Kalenderjahr.

3.8 Rooming-In

Wird ein Kind bis zwölf Jahre stationär behandelt, leistet die Versicherung aus der Versicherung des Kindes die Kosten für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet die Versicherung aus der Versicherung des Elternteils die Kosten für den Aufenthalt eines Kindes bis zwölf Jahre im Zimmer des Elternteils.

4. Mutterschaft

4.1 Kosten der stationären Behandlung

Besteht für das Neugeborene keine entsprechende eigene Versicherung, leistet die Versicherung der Mutter die ungedeckten Kosten des Kindes im Spital in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 3.1.3.

4.2 Geburt im Geburtshaus

Die Versicherung leistet bis CHF 2000.– pro Geburt bei Geburt in einem vom Versicherer anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist.

4.3 Haushaltshilfe nach Geburt

4.3.1 Im Allgemeinen
Die Versicherung leistet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushaltshilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal.

Die Beiträge werden anstelle der Leistungen gemäss Ziffer 3.6. geleistet.

Die Beiträge werden auch geleistet, wenn die Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und der Angehörige einen nachweisbaren Erwerbsausfall hat.

4.3.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt
Die Versicherung leistet in Anschluss an eine Geburt im Spital bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 700.– pro Kalenderjahr.

4.3.3 Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt
Die Versicherung leistet in Anschluss an eine Hausgeburt oder ambulante Geburt bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 1200.– pro Kalenderjahr.

4.4 Geburtsvorbereitung

Die Versicherung leistet bis CHF 200.– pro Schwangerschaft an die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungs- und Schwangerschaftsgymnastik), wenn der Kurs von einer qualifizierten Fachperson durchgeführt wird.

4.5 Stillgeld

Die Versicherung leistet ein Stillgeld von CHF 250.–. Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die Mutter ihr Kind zehn Wochen lang stillt.

5. Prävention

5.1 Check-Up-Untersuchung

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 300.– pro Kalenderjahr für ärztliche Check-Up-Untersuchung.

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

5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

5.3 Gesundheitskonto

5.3.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten für ausgewählte Präventivmassnahmen in den vom Versicherer bezeichneten Bereichen Familie, Ernährung, Bewegung und sonstige Prävention je Bereich 50%, bis CHF 200.– pro Kalenderjahr.

Der von der Versicherung geleistete Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Werden in einem Jahr mehrere Präventivmassnahmen aus verschiedenen Bereichen in Anspruch genommen, leistet die Versicherung bis CHF 500.– pro Kalenderjahr.

5.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

5.4 Impfungen

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 200.– pro Kalenderjahr für medizinisch anerkannte Impfungen.

6. Hilfsmittel

6.1 Sehhilfen

Die Versicherung leistet an die Kosten von der Sehkorrektur benötigte Brillengläser und Kontaktlinsen bis CHF 200.– pro Kalenderjahr.

6.2 Andere Hilfsmittel

Die Versicherung kann an ein notwendiges, dem Gesundheitszustand angepasstes Hilfsmittel, an das aus der Grundversicherung keine Leistung erbracht wird, auf ärztliche Verordnung 50% der Kosten, bis CHF 250.– pro Kalenderjahr leisten. Die Leistung wird erbracht für Hilfsmittel, die den Gebrauch eingeschränkter Körperfunktionen verbessern, wirtschaftlich sind und dem Stand der medizinischen Forschung entsprechen. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel.

Nicht versichert sind Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

7. Zahnärztliche Behandlung

7.1 Weisheitszähne

Die Versicherung leistet 90% der Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen.

Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

7.2 Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche

Die Versicherung leistet zusätzlich für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre

- die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis CHF 60.– pro Kalenderjahr,
- 70% der Kosten für kieferorthopädische Behandlung gemäss anerkanntem Tarif.

Die Leistung für kieferorthopädische Behandlung wird erbracht, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt. Der Versicherer verzichtet auf eine Karenzfrist, wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht und mindestens ein Elternteil beim Versicherer versichert ist.

7.3 Leistung des Gemeinwesens

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

7.4 Leistungserbringer und Tarif

Die Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerische 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.

7.5 Behandlung im Ausland

Die Versicherung leistet auch, wenn die Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erfolgt. Als Nachbarländer gelten Länder, die mit der Schweiz eine gemeinsame Grenze haben.

8. Alternativmedizin

Die Versicherung leistet bei alternativmedizinischer Behandlung. Die Versicherung leistet 70% der Kosten, bis CHF 10000.– pro Kalenderjahr, 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. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapiemethoden.

Die Versicherung leistet 50% der Kosten, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr an weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene alternativmedizinische Behandlungen.

Die Versicherung leistet nicht für Therapiemethoden und Behandlungen von Therapeuten, die auf der Negativliste des Versicherers stehen. Wird die alternativmedizinische Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erbracht, ist sie zu gleichen Bedingungen versichert. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten. Keine Leistungen werden für Parallelbehandlungen erbracht, von denen kein Nutzen zu erwarten ist.

9. Medikamente und Heilmittel

9.1 Nichtpflichtmedikamente

Die Versicherung leistet 90% der Kosten von ärztlich verordneten Medikamenten, die nicht in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG oder der Negativliste des Versicherers stehen.

9.2 Natürliche Heilmittel

Die Versicherung leistet 90% der Kosten von phytotherapeutischen, homöopathischen und anthroposophischen Heilmitteln sowie von Oligosolen, soweit diese nicht aus der Grundversicherung gedeckt sind und nicht in der Negativliste des Versicherers stehen.

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung und
- für Rettungs- und Bergungsaktionen

insgesamt bis CHF 50 000.– pro Kalenderjahr. Transporte in Luftfahrzeugen werden übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

10.1.2 Selbstbehalt

Der Versicherte hat CHF 100.– pro Fall selbst zu tragen.

10.1.3 Leistungen Dritter

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

10.2 Suchaktionen

Die Versicherung leistet zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung bei Suchaktionen bei CHF 20 000.– pro Kalenderjahr.

10.3 Fahrtspesen

Bei regelmässiger ärztlicher Behandlung ausserhalb eines Umkreises von 30 Kilometern vom Wohnort, erstattet die Versicherung 90%, bis CHF 100.– pro Kalenderjahr der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel. Die Versicherung leistet zusätzlich 90%, bis CHF 300.– pro Kalenderjahr an Versicherte in Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie.

11. CASAMED-Variante

11.1 Im Allgemeinen

Für Personen, die beim Versicherer in der Grundversicherung in der Variante CASAMED versichert sind gelten die folgenden zusätzliche Bedingungen.

11.2 Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet nach dem Hausarztprinzip. Leistungen müssen vom CASAMED-Hausarzt, bei dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden. Telemedizinische Institutionen können vom Versicherer als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet Beiträge an die Kosten von Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärzten ohne Konsultation des CASAMED-Hausarztes. Verordnen oder führen diese Ärzte weitergehende Behandlungen oder Operationen durch, ist der CASAMED-Hausarzt zu konsultieren.

Die Versicherung leistet Beiträge an die Kosten von alternativmedizinischer Behandlung, Präventivmassnahmen im Rahmen des Gesundheitskontos, Geburtsvorbereitung, Stillgeld, Transport, Suche, Rettung und Bergung, zahnärztlicher Kontrolluntersuchung ohne Konsultation des CASAMED-Hausarztes.

11.4 Spitäler

Der Versicherer kann Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.5 Andere Fachpersonen

Der Versicherer kann anstelle des CASAMED-Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche Leistungen erbringen, verordnen oder veranlassen.

11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel

Der Versicherer kann CASAMED-Hausärzte oder die bezeichneten Fachpersonen ermächtigen, andere als die bestimmten Präventivmassnahmen, alternativmedizinischen Behandlungen, Nichtpflichtmedikamente oder natürlichen Heilmittel zu erbringen, zu verordnen oder zu veranlassen.

11.7 Weitere Leistungserbringer

Der Versicherer kann weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.8 Notfall

Die Versicherung deckt Notfälle ungeachtet vom Hausarztprinzip. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

11.9 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

11.9.1 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.

11.9.2 Ausschluss CASAMED-Variante

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

11.10 Leistungsabwicklung

11.10.1 Pauschalabrechnung

Der Versicherer kann mit dem CASAMED-Hausarzt vereinbaren, dass Leistungen pauschalisiert abgegolten werden.

11.10.2 Veranlasste Leistung

Der Versicherer kann bei veranlasster Leistung vor der Leistungsvergütung von der versicherte Person oder vom CASAMED-Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.