

## **Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) der Krankenkasse Visperterminen für Telmed**

### **Inhaltsverzeichnis**

#### **1. Grundsätze**

- 1.1 Ziel und Zweck
- 1.2 Versicherungsform
- 1.3 Behandlung, Qualität, Versorgung

#### **2. Rechtsgrundlagen**

- 2.1 Gesetzliche Grundlagen
- 2.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen

#### **3. Versicherungsverhältnis**

- 3.1 Beitritt
- 3.2 Wechsel der Versicherung oder des Versicherers
- 3.3 Vorzeitiger Austritt

#### **4. Prämien und Kostenbeteiligungen**

- 4.1 Prämien
- 4.2 Kostenbeteiligungen

#### **5. Verhaltensregeln**

- 5.1 Generelle Pflichten
- 5.2 Second Opinion
- 5.3 Ausnahmen

#### **6. Sanktionen**

- 6.1 Kürzung
- 6.2 Ausschluss

#### **7. Schlussbestimmungen**

- 7.1 Datenübermittlung
- 7.2 Inkrafttreten

## **Einleitung**

Alle personenbezogenen Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen. Unter der Bezeichnung KKV wird jeweils die Krankenkasse Visperterminen verstanden.

## **1. Grundsätze**

### **1.1 Ziel und Zweck**

Ziel von Telmed ist die Stärkung einer eigenverantwortlichen, gesunden Lebensweise der Versicherten. Medgate ist für die medizinische Beratung und die Koordination aller Gesundheitsfragen zuständig. Durch die ganzheitliche Beratung und Betreuung durch Medgate werden die Qualität der Leistungen gesteigert und spürbare Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen erzielt.

### **1.2 Versicherungsform**

Die Telmed-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

### **1.3 Behandlung, Qualität, Versorgung**

Telmed steht den Versicherten rund um die Uhr bei gesundheitlichen Problemen und Fragen zur Verfügung. Die Medgate AG berät die Versicherten in medizinischen Belangen und gibt Empfehlungen für die optimale Behandlung ab. Die Versicherten sind jedoch in der Wahl innerhalb der vom KVG anerkannten Behandlungsformen und Leistungserbringer frei.

## **2. Rechtsgrundlagen**

### **2.1 Gesetzliche Grundlagen**

Für Telmed sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG), die Bestimmungen des KVG und dessen Ausführungsbestimmungen massgebend.

### **2.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen**

Für Telmed gelten zudem die vorliegenden AVB (Allgemeine Versicherungsbedingungen). Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die AVB für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

## **3. Versicherungsverhältnis**

### **3.1 Beitritt**

Telmed können alle Personen abschliessen, die in dem Gebiet Ihren Wohnsitz haben, in dem die KKV diese Versicherung anbietet. Der Beitritt von der ordentlichen Versicherung (Erwachsene Franchise CHF 300 / Kinder CHF 0) ins Telmed-Modell ist jederzeit auf den ersten Tag des dem Antrag (Eingang des Antrages bei der KKV) nachfolgenden Monats möglich. Bei einer wählbaren Franchise ist der Beitritt ins Telmed-Modell auf den 01.01. eines Kalenderjahres gemäss KVV Art. 94 möglich.

### **3.2 Wechsel der Versicherung oder des Versicherers**

Der Wechsel von Telmed in die ordentliche Versicherung, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in KVG Art. 7 enthaltenen Bestimmungen und Kündigungsfristen möglich.

### 3.3 Vorzeitiger Austritt

Ein vorzeitiger Austritt aus Telmed ist in folgenden Fällen möglich:

- Ein Wohnsitzwechsel in eine Region, in der die KKV Telmed nicht anbietet, führt automatisch zum Wechsel in die ordentliche Krankenpflegeversicherung „Medica“.
- bei Verzicht von der KKV auf den Betrieb des Produktes. Die betroffenen Versicherten werden mindestens zwei Monate vor dem Versicherungsende schriftlich darüber informiert und werden automatisch in der ordentlichen Krankenpflegeversicherung „Medica“ weiterversichert.

## 4. Prämien und Kostenbeteiligungen

### 4.1 Prämien

Den versicherten Personen, die Telmed abgeschlossen haben, wird ein Rabatt auf der Prämie der ordentlichen Versicherung nach KVG gewährt. Massgebend ist der vom Bundesamt für Gesundheit genehmigte Prämientarif.

### 4.2 Kostenbeteiligungen

Die Franchise, der Selbstbehalt und der Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts werden auf allen den versicherten Personen erbrachten Leistungen gemäss den gesetzlichen Vorschriften erhoben.

## 5. Verhaltensregeln

### 5.1 Generelle Pflichten

Für die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung sowie die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln ist, sofern die AVB nichts anderes vorsehen, immer zuerst Medgate zu kontaktieren. Medgate berät den Versicherten medizinisch und vereinbart mit diesem den optimalen Behandlungspfad und das Zeitfenster, in dem die Konsultation bei einem nach KVG zugelassenen Leistungserbringer nach Wahl erfolgen soll. Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung zu einem anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim, ist nochmals eine telefonische Rücksprache mit Medgate erforderlich.

### 5.2 Second Opinion

Die Einholung einer Zweitmeinung ist nach Rücksprache mit der KKV möglich.

### 5.3 Ausnahmen

Nachfolgende Behandlungen können ohne vorherige Kontaktaufnahme mit Medgate erfolgen:

- Notfallbehandlungen sind im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert und Medgate baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen zu melden.
- Für die erste gynäkologische Vorsorgeuntersuchung pro Kalenderjahr ist kein vorheriger Kontakt mit Medgate erforderlich.
- Kontrolluntersuchungen bei Schwangerschaft, beim Augenarzt sowie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen beim Kinderarzt
- Bei medizinischen Hilfspersonen wie namentlich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die im Auftrag vom Arzt Leistungen erbringen, ist keine vorherige Kontaktaufnahme mit Medgate erforderlich.

- Beim Eintritt in ein Spital oder Pflegeheim ist mit Medgate vorgängig Kontakt aufzunehmen. Der Austritt aus einem Spital oder Pflegeheim ist Medgate baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

## **6. Sanktionen**

### **6.1 Kürzung**

Verletzt die versicherte Person die Verhaltensregeln gemäss Artikel 5, gelten folgende Massnahmen:

- Nach dem ersten Fehlverhalten werden Telmed-Versicherte schriftlich auf die möglichen Folgen eines weiteren Fehlverhalten hingewiesen
- Beim zweiten Fehlverhalten übernimmt die KKV 50% des Rechnungsbetrags der Leistungen vor Abzug von Selbstbehalt und Franchise.

### **6.2 Ausschluss**

Verletzt die versicherte Person die Verhaltensregel zum dritten Mal, werden die Leistungen nicht übernommen und die versicherte Person wird wieder in die obligatorische Krankenpflegeversicherung „Medica“ zurückgestuft. Die Mitteilung über den Ausschluss aus dem Telmed-Modell erfolgt schriftlich.

## **7. Schlussbestimmungen**

### **7.1 Datenübermittlung**

Zur Identifikation der Versicherten ermöglicht die KKV an Medgate den Zugriff auf die aktualisierten Personendaten der Versicherten. Diese Daten umfassen die Versicherten-Nummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse sowie die entsprechende Versicherungsdeckung. Zur Beurteilung kann die KKV den Versicherten betreffende Rechnungen von Leistungserbinger an Medgate zur Verfügung stellen. Dabei halten sich die KKV und Medgate an die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des KVG, ATSG und des Bundesgesetzes über den Datenschutz.

### **7.2 Inkrafttreten**

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 01.01.2024 in Kraft.