

Callmed

Reglement (KVG) Ausgabe 01.2022

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	VI	Verschiedenes	3
1	Zweck der Versicherungsform Callmed	2	11	Datenschutz und Datenbearbeitung	3
II	Versicherungsverhältnis	2	12	Einverständnis der versicherten Person mit der Datenübermittlung	3
2	Mitgliedschaft	2	13	Telefonische Beratung	3
3	Beitritt	2	14	Haftung des Zentrums für Telemedizin	4
4	Wechsel in ein anderes Versicherungsmodell	2	VII	Schlussbestimmungen	4
III	Rechte und Pflichten der versicherten Person	2	15	Publikation Reglement	4
5	Obligatorische Kontaktaufnahme mit dem Zentrum für Telemedizin und obligatorische Inanspruchnahme der Beratung	2	16	Inkrafttreten	4
6	Leistungsvergütung	3			
7	Ausnahmen	3			
IV	Verletzung der Pflichten gemäss diesem Reglement	3			
8	Sanktionen	3			
V	Prämie und Kostenbeteiligung	3			
9	Prämie	3			
10	Kostenbeteiligung	3			

I Allgemeine Bestimmungen

1 Zweck der Versicherungsform Callmed

- 1.1 Bei der Versicherung Callmed handelt es sich um eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 62 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). 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 genannt) anwendbar.
- 1.2 Die versicherte Person verpflichtet sich, die Dienste vom telemedizinischen Beratungszentrum in Anspruch zu nehmen bevor sie einen Leistungserbringer konsultiert respektive sich in Behandlung begibt. Dies hat zum Zweck, Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen zu erzielen.
- 1.3 Das telemedizinische Beratungszentrum (nachfolgend Zentrum für Telemedizin genannt) ist eine von der Arcosana AG unabhängige Gesellschaft, welche Ärzte und telemedizinische Assistenten beschäftigt, die rund um die Uhr und an sieben Tagen der Woche für eine telefonische medizinische Beratung erreichbar sind.
- 1.4 Die Einschränkungen bei der Wahl der Leistungserbringer, wie sie von Callmed vorgesehen sind, gelten sinngemäss auch für allfällige bei der CSS Versicherung AG abgeschlossene Zusatzversicherungen, sofern diese vertraglich vorgesehen sind.

II Versicherungsverhältnis

2 Mitgliedschaft

Die Versicherung Callmed steht sämtlichen nach KVG versicherten Personen mit Wohnsitz im Gebiet offen, in dem die Arcosana diese Versicherungsform anbietet. Die Beratung durch das Zentrum für Telemedizin findet in den Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch statt und ist für versicherte Personen, welche eine der aufgeführten Sprachen nicht sprechen, ungeeignet.

3 Beitritt

Der Beitritt zur Versicherung Callmed oder der Wechsel aus einem anderen Versicherungsmodell richtet sich nach dem KVG und den zugehörigen Verordnungsbestimmungen.

4 Wechsel in ein anderes Versicherungsmodell

- 4.1 Der Wechsel in ein anderes Versicherungsmodell (inklusive der ordentlichen Krankenpflegeversicherung) oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der Kündigungsfrist in Artikel 7 Absätze 1 und 2 KVG (ordentlich drei Monate; ausserordentlich ein Monat), auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen von Artikel 7 Absätze 3 und 4 KVG.
- 4.2 Falls die Arcosana darauf verzichtet, die Variante Callmed anzubieten, wird die versicherte Person in die ordentliche Krankenpflegeversicherung gemäss KVG umgeteilt. In diesem Fall wird die versicherte Person zwei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres informiert, dass die Arcosana darauf verzichtet, diese Versicherungsvariante anzubieten.
- 4.3 Callmed wird nicht angeboten für versicherte Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU), in Island, Norwegen oder dem Fürstentum Liechtenstein wohnen und in der Schweiz erwerbstätig sind sowie für ihre versicherten Familienangehörigen.

Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in einen Mitgliedstaat der EU oder nach Island, Norwegen oder ins

Fürstentum Liechtenstein, ist die Arcosana berechtigt, die betreffende Person ohne Vorankündigung auf das Ende des der Wohnsitzverlegung folgenden Kalendermonats aus Callmed auszuschliessen.

III Rechte und Pflichten der versicherten Person

5 Obligatorische Kontaktaufnahme mit dem Zentrum für Telemedizin und obligatorische Inanspruchnahme der Beratung

- 5.1 Bei einem gesundheitlichen Problem infolge von Krankheit oder Unfall, sofern dieses Risiko versichert ist, sowie bei Präventionsleistungen verpflichtet sich die versicherte Person oder, falls sie verhindert ist, eine Drittperson, vor jeder Konsultation eines ambulanten Leistungserbringers (z.B. Arzt, Chiropraktiker) beziehungsweise vor jedem Eintritt (auch zur ambulanten Behandlung) in einen stationären Leistungserbringer (z.B. Spital, Pflegeheim) mit dem Zentrum für Telemedizin telefonisch Kontakt aufzunehmen.
- 5.2 Das Zentrum für Telemedizin berät die versicherte Person medizinisch und vereinbart mit ihr, sofern notwendig, die geeignete Behandlung sowie die Frist, in der eine eventuelle Konsultation bei einem Leistungserbringer erfolgen soll resp. in welcher Anzahl innerhalb einer festgelegten Frist eine solche stattfinden soll. Die versicherte Person ist an sämtliche Empfehlungen bezüglich Behandlung und/oder Leistungserbringerkategorie (z.B. Rheumatologe, Kardiologe etc.) gebunden. Die versicherte Person kann jedoch den Leistungserbringer, den sie im Rahmen der Empfehlung des Zentrums für Telemedizin konsultieren möchte, grundsätzlich frei wählen.
- 5.3 Das Zentrum für Telemedizin oder die Arcosana können beim Vorliegen einer chronischen und/oder komplexen Erkrankung oder Behandlung bei der versicherten Person die Teilnahme an einem Patientenbetreuungsprogramm (z.B. Care Management, Disease Management etc.) vorschlagen. Die versicherte Person muss ihre schriftliche Einwilligung zu allen im Zusammenhang mit dem vorgeschlagenen Programm notwendigen Massnahmen, insbesondere zur relevanten Dateneinsicht, -bearbeitung und -übermittlung erteilen, andernfalls die Teilnahme am Patientenbetreuungsprogramm abgelehnt wird. Weigert sich die versicherte Person in irgend einer Weise, an einem vorgeschlagenen Patientenbetreuungsprogramm teilzunehmen, so kann die Arcosana die unter Ziffer 8 hiernach vorgesehenen Sanktionen ergreifen.
- 5.4 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.
- 5.5 Die versicherte Person muss das Zentrum für Telemedizin spätestens innert 5 Arbeitstagen informieren, falls der

behandelnde Arzt eine weitere Konsultation, die Überweisung zu einem anderen Arzt oder die Einweisung in ein Spital oder Pflegeheim vorschlägt.

6 **Leistungsvergütung**

Die Arcosana vergütet die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG vorgesehenen Leistungen nur, sofern die im Reglement festgehaltenen Pflichten von der versicherten Person eingehalten wurden. Im Widerhandlungsfall gelten die Bestimmung gemäss Ziffer 8 dieses Reglements.

7 **Ausnahmen**

7.1 Für gynäkologische Vorsorgeuntersuchung und Behandlungen ist die vorherige Kontaktaufnahme mit dem Zentrum für Telemedizin nicht erforderlich. Für die Kontrollen während der Schwangerschaft ist die Meldung ebenfalls nicht erforderlich.

7.2 Die versicherte Person kann sich augenärztlichen Untersuchungen und Behandlungen unterziehen, ohne das Zentrum für Telemedizin zu konsultieren.

7.3 Wurde der versicherten Person eine Physiotherapie, eine Ergotherapie, eine Logopädie und/oder eine Ernährungs- resp. Diabetesberatung verordnet, muss sie das Zentrum für Telemedizin über die einzelnen verordnungsgemäss bezogenen Behandlungssitzungen nicht informieren. Eine Meldung erübrigt sich zudem bei Leistungen, die durch Hebammen und Zahnärzte erbracht wurden.

7.4 Bei einer Notfallbehandlung in der Schweiz oder im Ausland, ist die versicherte Person verpflichtet, zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch innert 10 Tagen, das Zentrum für Telemedizin zu orientieren oder orientieren zu lassen. Sollte anschliessend eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese nach Absprache mit dem Zentrum für Telemedizin erfolgen. Mit Einverständnis des Zentrums für Telemedizin kann die weitere Behandlung so lange wie notwendig auch beim Notfallarzt erfolgen. Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und eine vorgängige telefonische Konsultation beim Zentrum für Telemedizin nicht mehr zumutbar ist.

IV **Verletzung der Pflichten gemäss diesem Reglement**

8 **Sanktionen**

Handelt die versicherte Person den Pflichten gemäss diesem Reglement zuwider (Unterlassung der Kontaktnahme mit dem Zentrum für Telemedizin, Missachtung von dessen Ratschlägen und Empfehlungen etc.) erstattet die Arcosana keine Kosten für vom Zentrum für Telemedizin nicht empfohlene Behandlungen der versicherten Person resp. verweigert jegliche direkte Kostenübernahme gegenüber den Leistungserbringern. Ziffer 5.4 Absatz 2 hervor bleibt vorbehalten.

Die Arcosana behält sich in diesem Fall das Recht vor, die betreffende versicherte Person nach Kenntnisnahme der Widerhandlung auf Beginn des der Kenntnisnahme folgenden Kalendermonats aus Callmed auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die ordentliche Krankenpflegeversicherung der Arcosana. Der erneute Abschluss eines alternativen Versicherungsmodells (Gesundheitspraxisversicherung, Hausarztversicherung Profit oder Callmed) ist frühestens nach zwei Jahren nach Abschluss wieder möglich.

V **Prämie und Kostenbeteiligung**

9 **Prämie**

Die Arcosana gewährt einen Rabatt auf die Prämie der ordentlichen Krankenpflegeversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Tarif.

10 **Kostenbeteiligung**

Für Franchise und Selbstbehalt gelten die vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) festgelegten Bestimmungen. Die versicherte Person kann sich auch für eine höhere als die ordentliche Franchise entscheiden.

VI **Verschiedenes**

11 **Datenschutz und Datenbearbeitung**

11.1 Mitarbeitende der Arcosana unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht sowie zusätzlichen gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen über den Datenschutz.

11.2 Die Arcosana bearbeitet die Daten zur Bestimmung der Prämie, zur Bearbeitung von Schadenfällen, für statistische Auswertungen sowie für Managed Care. Die Daten werden in physischer oder elektronischer Form aufbewahrt.

11.3 Die Arcosana kann, soweit dies erforderlich und gesetzlich zulässig ist, Daten an berechnigte Dritte (insbesondere Mit- oder Rückversicherer) weiterleiten. Die Arcosana kann zudem – soweit gesetzlich zulässig – bei Leistungserbringern, anderen Versicherern und Behörden alle Daten einholen, die sie für die Abklärung des Leistungsanspruchs benötigt.

11.4 Die versicherte Person hat das Recht, bei der Arcosana über die sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

11.5 Die Mitarbeitenden des Zentrums für Telemedizin unterliegen ebenfalls der gesetzlichen Schweigepflicht sowie zusätzlichen gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen über den Datenschutz.

11.6 Die Arcosana liefert im Rahmen der vorliegenden Versicherungsform dem Zentrum für Telemedizin die für die Durchführung des Vertrages notwendigen Daten der versicherten Person, insbesondere Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse, Behandlungsrechnungen und Angaben über die Versicherungsdeckung.

11.7 Das Zentrum für Telemedizin liefert der Arcosana diejenigen Daten, die notwendig sind, um den Leistungsanspruch zu prüfen, insbesondere Angaben zum Telefonanruf (Zeitpunkt) und zur erteilten Empfehlung. Gesundheitsdaten der versicherten Person, werden ausschliesslich dem Vertrauensärztlichen Dienst der Arcosana mitgeteilt.

12 **Einverständnis der versicherten Person mit der Datenübermittlung**

Mit dem Beitritt zur Versicherung Callmed erklärt sich die versicherte Person mit den Bedingungen sowie der Bearbeitung ihrer Daten einverstanden.

13 **Telefonische Beratung**

Die vom Zentrum für Telemedizin erteilte Beratung ist kostenlos. Die versicherte Person bezahlt für den Anruf den üblichen Telefentarif. Die Telefongespräche werden vom Zentrum für Telemedizin aufgezeichnet und archiviert. Im Streitfall können die Aufzeichnungen als Beweismittel geltend gemacht und nötigenfalls vor Gericht zum Beweis aufgelegt werden. Die Arcosana hat ohne entsprechende Bevollmächtigung durch die versicherte Person keinen direkten Zugriff zu diesen Informationen.

14 Haftung des Zentrums für Telemedizin

Die Haftung für die telefonisch erfolgten Beratungen und Informationen liegt ausschliesslich beim Zentrum für Telemedizin.

VII Schlussbestimmungen

15 Publikation Reglement

Weitere Informationen und verbindliche Mitteilungen wie zum Beispiel Änderungen des vorliegenden Reglements werden auf der Homepage des Versicherers sowie im CSS Magazin veröffentlicht.

Dieses Reglement ist auf der Webseite publiziert oder in der Agentur erhältlich.

16 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt per 01. Januar 2022 in Kraft.