

Multimed

Alternatives Versicherungsmodell (AVM) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) mit verbindlicher Konsultation eines Koordinationspartners.

Reglement Ausgabe 01.2020

Um die Vertragsbestimmungen leichter lesbar zu gestalten, werden personenbezogene Bezeichnungen in männlicher Form gehalten; selbstverständlich gelten diese Bezeichnungen auch für weibliche Personen.

Inhaltsverzeichnis

I	Umfang der Versicherung	3	V	Prämien	5
Art. 1	Grundlagen der Versicherung	3	Art. 18	Prämienzahlung und Fälligkeit	5
Art. 2	Gegenstand und Merkmale von Multimed	3	Art. 19	Mahnungen und Verzugsfolgen	5
Art. 3	Beitritt	3			
II	Leistungen	3	VI	Datenschutz	5
Art. 4	Leistungsumfang	3	Art. 20	Datenbearbeitung durch die Arcosana	5
Art. 5	Kostenbeteiligung	3	Art. 21	Datenbearbeitung durch die Leistungserbringer bzw. Koordinationspartner	5
Art. 6	Leistungen von Dritten	3			
Art. 7	Haftung	3	VII	Rechtspflege	5
III	Pflichten und Anspruchsbegründung	3	Art. 22	Erlass einer Verfügung	5
Art. 8	Konsultationspflicht eines Koordinationspartners und Einhaltung von dessen Anweisungen	3	Art. 23	Einspracheverfahren	5
Art. 9	Ausnahmen von der vorgängigen Konsultationspflicht des Koordinationspartners	3	Art. 24	Beschwerdeverfahren	5
Art. 10	Lenkungsmaßnahmen	4			
Art. 11	Sanktionen bei Verletzung der Pflichten von Multimed	4	VIII	Verschiedenes	6
Art. 12	Anspruchsbegründung	5	Art. 25	Auszahlung von Leistungen	6
Art. 13	Abtretung und Verpfändung von Leistungen	5	Art. 26	Meldepflicht	6
			Art. 27	Anpassung der Versicherungsbedingungen	6
IV	Beginn und Ende der Versicherung	5	Art. 28	Multimed-Ärzteliste	6
Art. 14	Versicherungsbeginn	5	Art. 29	Nutzung von Applikationen des Krankenversicherers	6
Art. 15	Versicherungsänderungen durch die versicherte Person	5	Art. 30	Kundeninformationen Multimed	6
Art. 16	Versicherungsänderungen durch die Arcosana	5	Art. 31	Gesprächsaufzeichnung	6
Art. 17	Ende der Unterstellung unter Multimed	5	Art. 32	Gebühren	6
			Art. 33	Inkrafttreten	6
			Glossar		7

Multimed in Kürze

Multimed übernimmt die Kosten von Behandlungen bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Multimed kann mit der ordentlichen oder einer wählbaren Franchise abgeschlossen werden.

Multimed ist ein Alternatives Versicherungsmodell (AVM), d.h. eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Soweit in den jeweiligen Reglementen festgehalten, gelten die Einschränkungen bei der Wahl der Leistungserbringer, wie sie für Multimed bestimmt sind, sinngemäss auch für die bei der CSS Versicherung AG und INTRAS Versicherung AG abgeschlossenen Versicherungsprodukte der Zusatzversicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Ein Merkmal von Multimed ist, dass der versicherten Person für die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und bei gesundheitlichen Beschwerden eine Auswahl an Koordinationspartnern zur Verfügung steht. Die versicherte Person ist verpflichtet, für die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und bei gesundheitlichen Beschwerden einen der Koordinationspartner zu konsultieren. Der Koordinationspartner berät die versicherte Person und legt in Absprache mit ihr den weiteren Behandlungsablauf fest. Die Anweisungen des Koordinationspartners sind für die versicherte Person verbindlich. Koordinationspartner sind gemäss der Arcosana-Multimed-Ärzteliste anerkannte, frei wählbare koordinierende Ärzte bzw. Gruppenpraxen sowie das Zentrum für Telemedizin.

Die Arcosana AG (nachfolgend Arcosana) fördert und unterstützt Massnahmen zur nachhaltigen Kostensenkung und zu einer sinnvollen und zweckmässigen Gesundheitsversorgung, die auch von der versicherten Person einen aktiven Beitrag und Eigenverantwortung verlangen.

Kursiv geschriebene Begriffe im Fliesstext sind im Glossar als Anhang zum vorliegenden Reglement erläutert. Das Glossar bildet einen integrierenden Bestandteil dieses Reglements.

I Gemeinsame Bestimmungen

Art. 1 Grundlagen der Versicherung

- 1.1 Multimed ist ein Alternatives Versicherungsmodell (besondere Versicherungsform) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und Art. 99 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).
- 1.2 Für alle in diesem Reglement nicht besonders geregelten Fragen sind das KVG und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) mit den jeweils dazugehörigen Verordnungen sowie das Reglement für die Versicherungen nach KVG der Arcosana massgebend.
- 1.3 Bundesrecht und kantonales Recht gehen diesem Reglement und demjenigen für die Versicherungen nach KVG der Arcosana in der genannten Reihenfolge vor.

Art. 2 Gegenstand und Merkmale von Multimed

- 2.1 Die Arcosana versichert die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft oder Unfall. Das Unfallrisiko nach KVG ist – sofern keine UVG-Deckung (mehr) besteht – auch dann gedeckt, wenn es nicht auf der Police aufgeführt ist (Art. 8 Abs. 2 KVG in Verbindung mit den Sanktionen gemäss Art. 10 KVG).
- 2.2 Die versicherte Person hat bei Versicherungsabschluss einen aus der Arcosana-Multimed-Ärzteliste anerkannten, frei wählbaren koordinierenden Arzt bzw. eine Gruppenpraxis als einen der Koordinationspartner zu bezeichnen. Der von der versicherten Person bezeichnete koordinierende Arzt bzw. die Gruppenpraxis wird in der Versicherungspolice aufgeführt. Das Zentrum für Telemedizin steht der versicherten Person als Koordinationspartner zusätzlich zur Verfügung und erbringt Pflichtleistungen nach KVG.
- 2.3 Die versicherte Person konsultiert für die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen nach Art. 26 KVG und bei gesundheitlichen Beschwerden einen der Koordinationspartner.
- 2.4 Ausgenommen von der vorgängigen Konsultationspflicht sind die Sachverhalte gemäss Art. 9 dieses Reglements.
- 2.5 Die versicherte Person hat einen Wechsel des koordinierenden Arztes bzw. der Gruppenpraxis vor der ersten Konsultation der Arcosana zu melden. Der neu bezeichnete koordinierende Arzt bzw. die Gruppenpraxis muss auf der geltenden Multimed-Ärzteliste enthalten sein.

Art. 3 Beitritt

- 3.1 Multimed steht sämtlichen natürlichen Personen offen, die im kantonalen Versorgungsgebiet – in dem Multimed angeboten wird – ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben und der gesetzlichen Versicherungspflicht nach KVG unterstehen.
- 3.2 Der Beitritt kann jederzeit auf den ersten Tag eines Monats erfolgen, soweit einem Wechsel des Versicherungsmodells keine gesetzliche Frist entgegensteht.

II Leistungen

Art. 4 Leistungsumfang

Die Arcosana übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 24 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen, sofern der in Absprache mit ihr durch den Koordinationspartner festgelegte Behandlungsablauf und deren Anweisungen (Pflichten) eingehalten wurden. Ausgenommen von dieser Pflicht sind die Sachverhalte gemäss Art. 9 dieses Reglements. Eine Verletzung dieser Anweisungen (Pflichten) führt zu Sanktionen gemäss Art. 11 Abs. 1 dieses Reglements.

Art. 5 Kostenbeteiligung

- 5.1 Die Kostenbeteiligung der versicherten Person richtet sich nach Art. 64 KVG in Verbindung mit Art. 103 ff. KVV. In Anwendung von Art. 64 Abs. 6 Bst. c KVG in Verbindung mit Art. 99 Abs. 2 KVV kann ein reduzierter Selbstbehalt gewährt werden.
- 5.2 Die Anspruchsbegründung von Versicherungsleistungen richtet sich nach Art. 12 Abs. 1 dieses Reglements.

Art. 6 Leistungen von Dritten

- 6.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, die Arcosana im Sinne von Art. 28 ATSG über jegliche Leistungen von Dritten (z.B. Unfall-, Haftpflicht-, Militär- oder Invalidenversicherung) sowie über Vereinbarungen von Abfindungssummen umgehend zu informieren, sofern die Arcosana im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat.
- 6.2 Erbringt die Arcosana anstelle von Dritten Leistungen, hat die versicherte Person ihre Ansprüche im Umfang der erhaltenen Leistungen an die Arcosana abzutreten.
- 6.3 Vereinbarungen der versicherten Person mit Dritten sind für die Arcosana nicht verbindlich.

Art. 7 Haftung

Die Haftung für die therapeutischen und diagnostischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den Koordinationspartnern respektive den die versicherte Person behandelnden Leistungserbringern.

III Pflichten und Anspruchsbegründung

Art. 8 Konsultationspflicht des Koordinationspartners und Einhaltung von dessen Anweisungen

- 8.1 Bei gesundheitlichen Beschwerden infolge von Krankheit, Mutterschaft oder Unfall, sofern dieses Risiko versichert ist, und bei Präventionsleistungen verpflichtet sich die versicherte Person, sich an einen der Koordinationspartner zu wenden.
- 8.2 Der Koordinationspartner legt in Absprache mit der versicherten Person die geeignete Behandlung fest. Die Anweisungen des Koordinationspartners sind für die versicherte Person verbindlich. Der Koordinationspartner legt Zeitrahmen und Leistungserbringer einer allfälligen Weiterbehandlung fest. Reicht der Zeitrahmen nicht aus oder erfolgt eine Änderung im Behandlungsplan, muss die versicherte Person vor einem erneuten Leistungsbezug die Einwilligung des Koordinationspartners einholen.
- 8.3 Eine Verletzung dieser Pflichten führt zu Sanktionen gemäss Art. 11 Abs. 1 dieses Reglements.

Art. 9 Ausnahmen von der vorgängigen Konsultationspflicht des Koordinationspartners

- 9.1 Bei Notfällen ist die vorgängige Kontaktaufnahme mit dem Koordinationspartner nicht erforderlich. Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person aus objektiver Sicht als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt werden durfte. Die versicherte Person ist verpflichtet, Notfallbehandlungen zum erstmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch innerhalb von 10 Tagen zu melden. Wird **danach** eine Nachbehandlung/Kontrolluntersuchung notwendig, so ist dies dem Koordinationspartner vor Beginn der Nachbehandlung/Kontrolluntersuchung zu melden. Bei Einwilligung durch den Koordinationspartner kann die Nachfolgebehandlung/Kontrolluntersuchung weiterhin beim notfallbehandelnden Leistungserbringer erfolgen. Eine Verletzung dieser Meldepflichten führt zu Sanktionen gemäss Art. 11 Abs. 1 dieses Reglements.

- 9.2 Bei den folgenden Untersuchungen und Behandlungen ist eine vorgängige Kontaktaufnahme mit dem Koordinationspartner nicht zwingend:
- für die Physiotherapie, Ergotherapie und/oder Logopädie, sofern sie im Rahmen der koordinierten Weiterbehandlung nach Art. 8 Abs. 2 dieses Reglements durch einen Spezialarzt verordnet wird,
 - augenärztliche Untersuchungen und Behandlungen,
 - gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen sowie Kontrollen während und nach der Schwangerschaft,
 - durch Hebammen erbrachte Leistungen,
 - zahnärztliche Behandlungen.

Art. 10 Lenkungsmaßnahmen

10.1 Pflicht zur Befolgung der Anweisungen im Patientenbegleitprogramm

- 10.1.1 Soweit medizinisch indiziert, legt der Koordinationspartner in Absprache mit der versicherten Person ein Patientenbegleitprogramm fest.
- 10.1.2 Die im Patientenbegleitprogramm erteilten Anweisungen sind zu befolgen.
- 10.1.3 Die Nichteinhaltung der Anweisungen führen zu Sanktionen gemäss Art. 11 Abs. 2 dieses Reglements.

10.2 Pflicht zum Bezug kostengünstiger Arznei- und Hilfsmittel

- 10.2.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, ein kostengünstiges Arzneimittel (Generika/Biosimilars oder ein vergleichsweise kostengünstiges Originalpräparat) aus der ärztlich verordneten Wirkstoffgruppe zu verlangen. Originalpräparate werden durch Generika/Biosimilars ersetzt, sofern letztere kostengünstiger sind und die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht auf das Originalpräparat angewiesen ist.
- 10.2.2 Generika: Als Basis gilt die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte Liste «Neue Generikalist mit differenzierendem Selbstbehalt bei Originalen und Generika». Die geltende Liste kann auf der Website des BAG abgerufen oder beim Koordinationspartner nachgefragt werden. Wählt die versicherte Person ein auf der Generikalist des BAG geführtes Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt (20%), für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden der versicherten Person die Kosten des Originalmedikamentes nur zu 50% vergütet. Ausgenommen von dieser Regelung sind Fälle, bei denen die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. Ein entsprechender Nachweis des Koordinationspartners respektive des Leistungserbringers muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen.
- 10.2.3 Biosimilars sind zugelassene Nachahmerprodukte der originalen Biologika. Wählt die versicherte Person ein Originalmedikament, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden der versicherten Person die Kosten des Originalmedikamentes nur zu 50% vergütet. Die zugelassenen Biosimilars mit Handelsname, Wirkstoff und Hinweis auf das Originalpräparat sind beim Koordinationspartner nachzufragen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Fälle, bei denen die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. Ein entsprechender Nachweis des Koordinationspartners respektive des Leistungserbringers muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen.
- 10.2.4 Bezug von Arzneimittel bei einer von der Arcosana bezeichneten Versandapotheke: Grundsätzlich hat die versicherte Person die freie Wahl, wo in der Schweiz die Arzneimittel bezogen werden (Arzt, Apotheke oder Versandapotheke). Ausgenommen von der Wahlfreiheit sind Arzneimittel mit Dauerrezeptcharakter (Vermerk auf Rezept Dauerrezept, ad rep, Rep oder zu wiederholen bis,

Verordnung von mehreren Packungen oder weitere Bezeichnungen). Diese Arzneimittel sind zwingend bei einer von der Arcosana bestimmten Versandapotheke zu beziehen. Eine Pflichtverletzung führt zu Sanktionen gemäss Art. 11 Abs. 1 dieses Reglements.

- 10.2.5 Hilfsmittel (Mittel- und Gegenstände): Die versicherte Person verpflichtet sich, bei den Partnerfirmen (Abgabestellen) des Krankenversicherers kostengünstige Hilfsmittel (Mittel- und Gegenstände) wie Diabetesprodukte, Gehhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Bandagen, Krücken oder Inkontinenzhilfen etc. zu beziehen. Wählt die versicherte Person ein nicht von einer Partnerfirma des Krankenversicherers angebotenes, teureres Hilfsmittel, werden höchstens die Kosten gemäss Abgabevertrag mit der Partnerfirma (Abgabestelle) erstattet. Eine Übersicht über die Partnerfirmen und deren Angebot über die Hilfsmittel (Mittel- und Gegenstände) ist auf der Website des Krankenversicherers abrufbar und/oder kann beim Koordinationspartner nachgefragt werden.

Art. 11 Sanktionen bei Verletzung der Pflichten von Multimed

- 11.1 Regelverstösse nach Art. 4 (Leistungsumfang), Art. 8 (Konsultationspflicht des Koordinationspartners und Einhaltung von dessen Anweisungen), Art. 9 Abs. 1 (nachträgliche Meldepflicht des Notfalls) sowie Art. 10.2 Abs. 4 (Bezug von Arzneimittel bei einer nicht von der Arcosana bezeichneten Versandapotheke) dieses Reglements werden wie folgt sanktioniert:

- a) Beim ersten Regelverstoß erfolgt eine schriftliche Mahnung unter Verweis auf die Sanktionen im Wiederholungsfall.
- b) Ab dem zweiten Regelverstoß hat die versicherte Person den Betrag von maximal CHF 500 pro Rechnung selber zu bezahlen. Der zufolge des Regelverstoßes selber zu bezahlende Betrag wird nicht an die Franchise und an den Selbstbehalt angerechnet.
- c) Ab dem zweiten Regelverstoß kann die Arcosana darüber hinaus ohne weiteres Zutun der versicherten Person auf den ersten des folgenden Monats eine Umteilung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Arcosana vornehmen.

Die Kostenübernahme durch die versicherte Person berechnet sich auf sämtlichen im Zusammenhang mit dem Regelverstoß bezogenen Leistungen.

Die Sanktion gilt unabhängig vom Verschulden, dem Zeitpunkt und dem Alter der versicherten Person.

- 11.2 Bei einem Regelverstoß nach Art. 10.1 dieses Reglements (Pflicht zur Befolgung der Anweisungen im Patientenbegleitprogramm) kann die Arcosana nach erfolgter zweimaliger schriftlicher Mahnung ohne weiteres Zutun der versicherten Person auf den ersten des folgenden Monats eine Umteilung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Arcosana vornehmen.
- 11.3 Generika/Biosimilars: Wählt die versicherte Person ein Originalmedikament, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden der versicherten Person die Kosten des Originalmedikamentes nur zu 50% vergütet. Ausgenommen von dieser Regelung sind Fälle, bei denen die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. Ein entsprechender Nachweis des Koordinationspartners respektive des Leistungserbringers muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen (Art. 10.2 Abs. 2 und 3 dieses Reglements).

- 11.4 Hilfsmittel (Mittel- und Gegenstände): Wählt die versicherte Person ein nicht von einer Partnerfirma des Krankenversicherers angebotenes, teureres Hilfsmittel, werden höchstens die Kosten gemäss Abgabevertrag mit der Partnerfirma (Abgabestelle) erstattet (Art. 10.2 Abs. 5 dieses Reglements).

Art. 12 Anspruchsbegründung

- 12.1 Der Anspruch auf ausstehende Leistungen oder Beiträge erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung, und fünf Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres, für welches der Beitrag geschuldet war (Art. 24 Abs. 1 ATSG).
- 12.2 Die Kostenbeteiligung richtet sich nach Art. 5 dieses Reglements.

Art. 13 Abtretung und Verpfändung von Leistungen

Die versicherte Person darf Forderungen gegenüber der Arcosana ohne deren Zustimmung weder abtreten noch verpfänden. Vorbehalten bleibt die Abtretung von Forderungen an Leistungserbringer.

IV Beginn und Ende der Versicherung

Art. 14 Versicherungsbeginn

Der Beitritt zu Multimed richtet sich nach dem KVG und den dazugehörigen Verordnungsbestimmungen. Als Bestätigung des Versicherungsschutzes erhält die versicherte Person eine Versicherungspolice.

Art. 15 Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

- 15.1 Der Wechsel zu einer tieferen wählbaren Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Krankenversicherer ist unter Einhaltung der gesetzlichen Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.
- 15.2 Die Unfalldeckung kann auf Antrag der versicherten Person ausgeschlossen werden, wenn eine Unfallversicherung nach UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung) nachgewiesen wird (Berufs- und Nichtberufsunfälle). Der Ausschluss erfolgt frühestens auf den 1. des dem Antrag folgenden Monats.
- 15.3 Der Einschluss der Unfalldeckung erfolgt unmittelbar auf das Ende der Unfallversicherung nach UVG. Der Wegfall der Unfallversicherung ist der Arcosana innert 30 Tagen zu melden.

Art. 16 Versicherungsänderungen durch die Arcosana

Ist die ärztliche Behandlung durch den Koordinationspartner nicht mehr möglich (Auslandaufenthalt der versicherten Person länger als drei Monate, Aufenthalt im Pflegeheim, Aufenthalt in der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für chronisch Kranke eines Akutspitals oder langandauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik und dergleichen, oder befindet sich die Person im Strafvollzug, Wegzug aus dem Versorgungsgebiet, Ausscheiden des koordinierenden Arztes bzw. der Gruppenpraxis ohne Nennung eines neuen Arztes bzw. einer neuen Gruppenpraxis etc.) erfolgt eine Umteilung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Arcosana.

Art. 17 Ende der Unterstellung unter Multimed

Die Unterstellung unter Multimed endet insbesondere:

- bei Kündigung der Versicherung gemäss Art. 15 Abs. 1 dieses Reglements,
- bei Ausschluss aus Multimed und Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 11 Abs. 1 und 2 dieses Reglements,
- bei Sachverhalten nach Art. 16 und Art. 28 Abs. 2 dieses Reglements,
- wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht (Art. 5 Abs. 3 KVG),
- bei Grenzgängern gemäss Art. 7 Abs. 4 KVV,
- bei Tod der versicherten Person.

V Prämien

Art. 18 Prämienzahlung und Fälligkeit

- 18.1 Die Prämien sind per Ende des Vormonats zur Zahlung fällig (Art. 90 KVV). Die Zahlungen können jährlich, halbjährlich, vierteljährlich, zweimonatlich oder monatlich erfolgen, wobei das Versicherungsjahr am 1. Januar beginnt.
- 18.2 Wird die Versicherung vorzeitig beendet, wird die nicht verbrauchte Prämie anteilmässig zurückerstattet.
- 18.3 Geschuldete Prämien dürfen von der versicherten Person nicht mit ausstehenden Leistungen verrechnet werden.

Art. 19 Mahnungen und Verzugsfolgen

Für Mahnungen und Beteiligungen verrechnet die Arcosana angemessene Gebühren und Verzugszinsen.

VI Datenschutz

Art. 20 Datenbearbeitung durch die Arcosana

- 20.1 Die Arcosana bearbeitet die Daten (Datenbearbeitung) zur Bestimmung der Prämie, zur Bearbeitung von Schadenfällen sowie für statistische Auswertungen zu Multimed. Die Daten werden in physischer oder elektronischer Form aufbewahrt. Mitarbeitende der Arcosana unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht sowie zusätzlichen gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen über den Datenschutz.
- 20.2 Die Arcosana kann, soweit dies erforderlich und gesetzlich zulässig ist, Daten an berechnigte Dritte (z.B. Leistungserbringer, andere Versicherer und Behörden) bekanntgeben, bzw. im gleichen Umfang bei diesen Daten einholen.

Art. 21 Datenbearbeitung durch die Leistungserbringer bzw. die Koordinationspartner

Die für die Behandlung notwendigen Daten sind für alle an der jeweiligen Behandlung Beteiligten (Leistungserbringer bzw. Koordinationspartner) einsehbar und können insbesondere zwecks Qualitätssicherung und Sicherstellung einer optimalen Behandlung zwischen diesen ausgetauscht bzw. bearbeitet werden. Dabei handelt es sich insbesondere um Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten der versicherten Person.

VII Rechtspflege

Art. 22 Erlass einer Verfügung

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid der Arcosana nicht einverstanden, kann sie innert angemessener Frist verlangen, dass die Arcosana eine schriftliche Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung erlässt.

Art. 23 Einspracheverfahren

Gegen eine Verfügung kann innerhalb von 30 Tagen bei der Arcosana Einsprache erhoben werden. Die Arcosana prüft diese Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

Art. 24 Beschwerdeverfahren

- 24.1 Gegen den Einspracheentscheid von der Arcosana kann innerhalb von 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht im Wohnkanton der versicherten Person bzw. des Beschwerde führenden Dritten. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in

- dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem das Durchführungsorgan seinen Sitz hat (Art. 58 Abs. ATSG).
- 24.2 Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn die Arcosana entgegen einem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.
- 24.3 Gegen den Entscheid eines kantonalen Versicherungsgerichts kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) Beschwerde beim Bundesgericht erhoben werden.

VIII Verschiedenes

Art. 25 Auszahlung von Leistungen

- 25.1 Die Arcosana überweist ihre Leistungen auf das von der versicherten Person (oder deren gesetzlichen Stellvertretung) bestimmte Post- oder Bankkonto. Falls Auszahlungen mittels anderer Zahlungsmittel verlangt werden, kann die Arcosana eine Entschädigung für verursachte Mehrkosten erheben. Auszahlungen erfolgen ausschliesslich an Adressen in der Schweiz.
- 25.2 Ist die Arcosana aufgrund von Verträgen dem Leistungserbringer gegenüber Honorarschuldner, überweist sie diesem ihre Leistungen und stellt der versicherten Person die Kostenbeteiligung in Rechnung (System des Tiers payant).
- 25.3 Die Arcosana kann geschuldete Versicherungsleistungen bis zur Stellung des Betreibungsbegehrens sowohl mit ausstehenden Prämienforderungen als auch mit ausstehenden Kostenbeteiligungen verrechnen.

Art. 26 Meldepflicht

- 26.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffende Änderungen (Namensänderungen, Wohnsitzwechsel, Wechsel des koordinierenden Arztes bzw. der Gruppenpraxis etc.) umgehend der Arcosana zu melden. Sie haftet für entstandene Schäden, die aus verspäteter Meldung entstehen.
- 26.2 Als Zustelladresse für Mitteilungen an die Arcosana oder Anspruchsbegründungen gegenüber der Arcosana gilt die auf der Versicherungspolice aufgeführte Adresse.

Art. 27 Anpassung der Versicherungsbedingungen

Änderungen des vorliegenden Reglements werden im CSS Magazin veröffentlicht und auf der Website des Krankenversicherers publiziert.

Art. 28 Multimed-Ärzteliste

- 28.1 Die Multimed-Ärzteliste (von der Arcosana anerkannte Leistungserbringer und Gruppenpraxen) kann von der Arcosana jederzeit einseitig geändert werden. Der versicherten Person steht bei einer Änderung der Multimed-Ärzteliste kein Kündigungsrecht zu.
- 28.2 Das Ausscheiden ihres koordinierenden Arztes bzw. der Gruppenpraxis aus der Multimed-Ärzteliste wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt. Die versicherte Person ist in einem solchen Fall innert 30 Tagen verpflichtet, einen neuen koordinierenden Arzt bzw. eine neue Gruppenpraxis aus der Multimed-Ärzteliste zu wählen, andernfalls eine Umteilung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Arcosana erfolgt.
- 28.3 Die Multimed-Ärzteliste ist auf der Website des Krankenversicherers publiziert.

Art. 29 Nutzung von Applikationen des Krankenversicherers

Der Krankenversicherer stellt verschiedene Applikationen zur Abwicklung des Leistungsfalles und zur Begleitung der Behandlung zur Verfügung.

Art. 30 Kundeninformationen Multimed

Ergänzende Angaben zum Versicherungsprodukt Multimed, dessen Ausgestaltung sowie die erforderlichen Kontaktadressen und Fundstellen (wie Websites/Links etc.) sind der Kundeninformation zu entnehmen. Die Kundeninformation bildet keinen integrierenden Bestandteil dieses Reglements und entfaltet keine rechtliche Wirkung.

Art. 31 Gesprächsaufzeichnung

Die telemedizinischen Beratungsgespräche mit dem Zentrum für Telemedizin werden 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 auf diese Informationen.

Art. 32 Gebühren

Die versicherte Person bezahlt die üblichen Telefon- und Datengebühren.

Art. 33 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt per 1. Januar 2020 in Kraft. Es ist auf der Website des Krankenversicherers publiziert.

Glossar

Abgabestelle

Zugelassener Leistungserbringer, welcher Mittel und Gegenstände für die Untersuchung oder Behandlung dienen, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgeben darf (Art. 35 Abs. 2 Bst. g KVG).

Alternatives Versicherungsmodell (AVM)

Ein Alternatives Versicherungsmodell ist eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Durch die Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer nach Art. 41 Abs. 4 KVG kann die Prämie reduziert werden.

Ambulante Behandlung

Eingriff oder Behandlung ohne Übernachtung im Spital bzw. bei welcher der Aufenthalt weniger als 24 Stunden dauert.

Applikation kurz: App (Anwendungssoftware)

Als Applikation (Anwendungssoftware) werden Computerprogramme bezeichnet, die genutzt werden, um eine nützliche oder gewünschte nicht systemtechnische Funktionalität zu bearbeiten oder zu unterstützen. Der Krankenversicherer stellt verschiedene Applikationen zur Abwicklung des Leistungsfalles und zur Begleitung der Behandlung zur Verfügung.

Biosimilars

Biologisches Arzneimittel, das eine genügende Ähnlichkeit mit einem zugelassenen Referenzpräparat aufweist und auf dessen Dokumentation Bezug nimmt (Art. 4 Abs. 1 a novies Heilmittelgesetz [HMG]). D.h. es sind zugelassene Nachahmerprodukte der originalen Biologika. Die Biosimilars sind nicht identisch mit dem Originalprodukt, sondern nur sehr ähnlich.

Franchise

Vgl. Kostenbeteiligung

Generika

Generika sind zugelassene Arzneimittel, die im Wesentlichen gleich sind wie die Originalpräparate, die mit diesen aufgrund identischer Wirkstoffe sowie der Darreichungsform und Dosierung austauschbar sind (Art. 4 Abs. 1a septies Heilmittelgesetz [HMG]). Sie sind jedoch wegen der tieferen oder ganz wegfallenden Entwicklungskosten in der Regel deutlich günstiger.

Gruppenpraxis

Es handelt sich dabei um einen Sammelbegriff für alle Organisationsformen freiberuflicher ärztlicher Kooperation im ambulanten Versorgungsbereich.

Hilfsmittel, Mittel- und Gegenstände (MiGeL)

Die Hilfsmittel (Mittel- und Gegenstände) dienen der Behandlung oder Überwachung einer Krankheit oder ihrer Folgen (wie Gehhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Bandagen, Krücken oder Inkontinenzhilfen etc.). In der MiGeL-Liste sind die von den Krankenversicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Pflichtleistung zu vergütende Hilfsmittel und Gegenstände aufgeführt.

Koordinationspartner

Der koordinierende Arzt bzw. die Gruppenpraxis gemäss Multimed-Ärzteliste und das Zentrum für Telemedizin werden je einzeln und zusammen als Koordinationspartner bezeichnet.

Koordinierender Arzt

Als koordinierender Arzt wird ein Arzt oder eine Gruppenpraxis aus der Multimed-Ärzteliste bezeichnet.

Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und Franchise)

Wenn die versicherte Person medizinische Leistungen (wie z.B. Arztbesuche, Arzneimittel, Therapeuten) in Anspruch nimmt, trägt er einen Teil der Kosten selber. Dieser selbst bezahlte Anteil wird Kostenbeteiligung genannt. Er besteht aus der Franchise (fester Jahresbetrag) und einem Selbstbehalt (prozentualer Anteil der die Franchise übersteigenden Kosten).

Krankheit

Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Leistungserbringer

Als Leistungserbringer gelten die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Personen und Einrichtungen. Leistungserbringer sind unter anderem Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren, Hebammen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen (wie das Zentrum für Telemedizin), Laboratorien, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, Spitäler, Geburtshäuser, Pflegeheime, Heilbäder, Transport- und Rettungsunternehmen, Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen.

Multimed-Ärzteliste

Die Liste mit den anerkannten koordinierenden Ärzten oder Gruppenpraxen.

Mutterschaft

Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

Notfall

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person aus objektiver Sicht als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt werden durfte und musste.

Patientenbegleitprogramm

Das Patientenbegleitprogramm soll chronisch erkrankten Patienten dabei helfen, ihre Lebensqualität zu steigern und die Auswirkungen der Erkrankung zu minimieren. Der Koordinationspartner hat Kenntnis über die aktuell beim Krankenversicherer angebotenen Patientenbegleitprogramme. Für jedes einzelne Patientenbegleitprogramm gelten spezifische Teilnahmekriterien. Soweit medizinisch indiziert ist, wird die Teilnahme an einem solchen Patientenbegleitprogramm zusammen mit der versicherten Person vereinbart.

Partnerfirma (Abgabestelle)

Zusammenarbeitsvertrag zwischen der Firma, welche Mittel- und Gegenstände (Hilfsmittel) abgibt (sog. Abgabestelle) und der Arcosana (vgl. Art. 35 Abs. 2 Bst. g KVG).

Präventionsleistungen (medizinische Prävention)

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG):

- a) prophylaktische Impfungen (Art. 12a KLV);
- b) Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten (Art. 12b KLV);
- c) Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes (Art. 12c KLV);
- d) Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen (Art. 12d KLV);
- e) Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung, einschliesslich Massnahmen, die sich an alle Personen einer bestimmten Altersgruppe oder an alle Männer oder alle Frauen richten (Art. 12e KLV).

Selbstbehalt

Vgl. Kostenbeteiligung

Stationäre Behandlung

Als stationäre Behandlung gilt eine Behandlung mit Spitalaufenthalt von mindestens 24 Stunden oder einer Nacht.

Tiers garant

Die versicherte Person ist Honorarschuldnerin gegenüber dem Leistungserbringer (Art. 42 Abs. 1 KVG). Der Krankenversicherer erstattet der versicherten Person seinen Leistungsanspruch abzüglich der Kostenbeteiligung zurück. Das System Tiers garant findet Anwendung, wenn zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherer keine andere Zahlungsart vereinbart worden ist, d.h. es besteht kein Vertrag.

Tiers payant

Der Krankenversicherer ist Honorarschuldner gegenüber dem Leistungserbringer (Art. 42 Abs. 2 KVG). Zur Information und Kontrolle ist der Leistungserbringer verpflichtet, der versicherten Person eine Rechnungskopie zuzustellen (Art. 42 Abs. 3 KVG und Art. 59 Abs. 4 KVV). Der Krankenversicherer bezahlt dem Leistungserbringer die gesamte Rechnung (100%). Der Krankenversicherer stellt der versicherten Person die zu tragende Kostenbeteiligung (in der Regel Franchise, Selbstbehalt und allenfalls Spitalkostenbeitrag) in Rechnung. Das System des Tiers payant findet Anwendung, wenn zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer ein Vertrag besteht.

Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.

Zentrum für Telemedizin

Das Zentrum für Telemedizin erbringt medizinische Konsultationen über Distanz. Bei einer Telekonsultation werden Patienten mit akuten und allgemeinen Gesundheitsfragen rund um die Uhr und 365 Tage im Jahr von medizinischen Fachpersonen per Telefon medizinisch beraten, betreut und behandelt. Das Zentrum für Telemedizin bietet ihre Dienstleistungen in folgenden Sprachen an: Französisch, Deutsch, Italienisch und Englisch.