

Ausgabe 2024



# Obligatorische Krankenpflege- versicherung

Versicherungsbedingungen (VB)  
casamed pharm

# Versicherungsbedingungen (VB) casamed pharm nach Kranken- versicherungsgesetz (KVG)

---

Kapitel	Seiten	Kapitel	Seiten
<b>1 Grundlagen der Versicherung</b>	<b>3</b>	<b>12 Ausnahmen</b>	<b>5</b>
1.1 Bundesrechtliche Bestimmungen und kantonales Recht		12.1 Augenarzt, Frauenarzt, Kinderarzt, Zahnarzt	
1.2 Anwendung auf Versicherer der Sympany Gruppe		12.2 Notfälle	
1.3 Funktionsweise alternatives Versicherungsmodell		12.3 Definition Notfall	
<b>2 Gegenstand der Versicherung</b>	<b>3</b>	<b>13 Listen mit möglichen Leistungserbringern</b>	<b>5</b>
<b>3 Allgemeine Pflichten</b>	<b>3</b>	<b>14 Verstoss gegen die Bedingungen des alternativen Versicherungsmodells</b>	<b>5</b>
<b>4 Haftung aus medizinischer Behandlung</b>	<b>3</b>	<b>15 Änderung der Versicherung wegen veränderter Rahmenbedingungen</b>	<b>5</b>
<b>5 Ende der Versicherung</b>	<b>3</b>	<b>16 Zahlungsverbindung</b>	<b>5</b>
<b>6 Einstellung durch den Versicherer</b>	<b>3</b>	<b>17 Gebühren</b>	<b>5</b>
<b>7 Unfaldeckung</b>	<b>3</b>	17.1 Mahn- und Inkassogebühren	
<b>8 Anzeige- und Meldepflichten</b>	<b>4</b>	17.2 Ratenzahlung	
8.1 Unfallmeldung		17.3 Zahlungsgebühren	
8.2 Mitwirkung der versicherten Person		<b>18 Schweigepflicht</b>	<b>6</b>
8.3 Ermächtigung zur Auskunftserteilung		<b>19 Rechtspflege</b>	<b>6</b>
8.4 Unterlassung der Meldepflicht		19.1 Verfügung	
<b>9 Rechte und Pflichten bezüglich Leistungen Dritter</b>	<b>4</b>	19.2 Einsprache	
<b>10 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen</b>	<b>4</b>	19.3 Beschwerdeverfahren	
10.1 Kontaktaufnahme koordinierender Leistungserbringer		<b>20 Rechtskraft</b>	<b>6</b>
10.2 Zeitfenster für weitergehende Behandlungen		<b>21 Rechtsschutz</b>	<b>6</b>
10.3 Verhalten bei vorhandener Zusage zur Kostenübernahme		<b>22 Datenschutz</b>	<b>6</b>
<b>11 Verpflichtung zu speziellen Massnahmen bezüglich integrierter Versorgung</b>	<b>4</b>	<b>23 Auslegung</b>	<b>7</b>
		<b>24 Inkrafttreten</b>	<b>7</b>

## Zweck der Versicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Diagnose und Behandlung bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Sie kann mit der ordentlichen oder einer wählbaren Franchise abgeschlossen werden. Weiter besteht die Auswahl zum Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl oder als alternatives Versicherungsmodell im Sinne einer besonderen Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

### 1 Grundlagen der Versicherung

#### 1.1 Bundesrechtliche Bestimmungen und kantonales Recht

Grundlagen dieser Versicherung sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG), des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung vom 26. September 2014 (KVAG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und die dazugehörigen Ausführungsbestimmungen sowie die vorliegenden Versicherungsbedingungen (VB). Bundesrecht und kantonales Recht gehen diesen Versicherungsbedingungen (VB) vor.

#### 1.2 Anwendung auf Versicherer der Sympany Gruppe

Der auf der Police genannte Rechtsträger erbringt als Krankenversicherer die Versicherungsleistungen und wird nachfolgend als «Versicherer» bezeichnet.

#### 1.3 Funktionsweise alternatives Versicherungsmodell

**casamed pharm** ist ein alternatives Versicherungsmodell im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

Bei Abschluss von **casamed pharm** erklärt sich die versicherte Person bereit, sich vor einer medizinischen und/oder pflegerischen Behandlung in einer Partnerapotheke des Versicherers gemäss Liste beraten zu lassen oder das telemedizinische Zentrum zu konsultieren.

Die Apotheke oder das telemedizinische Zentrum sind in allen medizinischen Belangen die erste Anlaufstelle. Die Fachleute in der Apotheke und des telemedizinischen Zentrums (nachfolgend «koordinierende Leistungserbringer») beraten die versicherte Person bei gesundheitlichen Problemen und

geben verbindliche Weisungen für die folgenden Behandlungsschritte ab (insbesondere auch Überweisungen an weitere medizinische Leistungserbringer).

### 2 Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Das Unfallrisiko ist mitversichert, wenn es auf der Versicherungspolice aufgeführt ist.

### 3 Allgemeine Pflichten

Die versicherte Person hat die ärztlichen Weisungen zu befolgen und alles zu tun, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert.

### 4 Haftung aus medizinischer Behandlung

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

### 5 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet:

- a) durch Kündigung,
- b) durch Wegzug ins Ausland, ausser bei Weiterbestehen der Versicherungspflicht,
- c) im Todesfall.

### 6 Einstellung durch den Versicherer

Der Versicherer kann die Versicherung **casamed pharm** unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 2 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen oder innert derselben Frist eine Abänderung des Produkts vornehmen.

Die versicherte Person hat per Datum der Einstellung die Wahl, entweder in eine andere besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl zu wechseln. Die versicherte Person wird gleichzeitig mit der Kündigung durch den Versicherer auf die Möglichkeiten aufmerksam gemacht.

Übt die versicherte Person das Wahlrecht bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht aus, führt dies automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl.

### 7 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann für Berufs- und Nichtberufsunfälle ausgeschlossen werden, wenn eine volle obligatorische Unfalldeckung nach UVG nachgewiesen wird. Der Ausschluss erfolgt auf den ersten

Tag des dem Antrag folgenden Monats. Der Einschluss der Unfalldeckung erfolgt unmittelbar auf das Ende der Unfallversicherung nach UVG. Den Wegfall der Unfallversicherung nach UVG hat die versicherte Person umgehend zu melden.

## 8 Anzeige- und Meldepflichten

### 8.1 Unfallmeldung

Werden Unfalleistungen geltend gemacht, ist zusätzlich das Formular «Unfallmeldung» auszufüllen und einzureichen. Die Unfallmeldung muss dem Versicherer innert 10 Tagen nach dem Unfallereignis versandt werden.

### 8.2 Mitwirkung der versicherten Person

Die versicherte Person hat dem Versicherer unentgeltlich alle Auskünfte zu erteilen, welche zur Abklärung des Leistungsanspruchs erforderlich sind. Dazu zählen auch Verfügungen anderer Sozialversicherer und Belege von allfälligen Privatversicherern.

### 8.3 Ermächtigung zur Auskunftserteilung

Die versicherte Person hat alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen/Ärzte, Spitäler, Therapeutinnen/Therapeuten, Versicherungen und Amtsstellen, zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind.

### 8.4 Unterlassung der Meldepflicht

Nachteile, die sich aus der Verletzung von Anzeige- und Meldepflichten ergeben, gehen zulasten der versicherten Person.

## 9 Rechte und Pflichten bezüglich Leistungen Dritter

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer umgehend über jegliche Leistungen von Dritten (z.B. Unfall-, Haftpflicht-, Militär- oder Invalidenversicherung) sowie über Vereinbarungen von Abfindungssummen zu informieren, sofern dieser im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat. Die versicherte Person darf ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nicht ganz oder teilweise auf Leistungen von Dritten verzichten. Kürzt eine andere Kranken-, Unfall- oder Sozialversicherung ihre Leistungen aus Gründen, die auch den Versicherer zu einer Leistungskürzung berechtigen, ersetzt dieser den durch die Kürzung bedingten Ausfall nicht.

## 10 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

### 10.1 Kontaktaufnahme koordinierender Leistungserbringer

Bei gesundheitlichen Problemen nimmt die versicherte Person Kontakt mit einem der koordinie-

renden Leistungserbringer auf. Der koordinierende Leistungserbringer berät die versicherte Person in medizinischen Belangen und gibt ihr den optimalen Behandlungspfad vor. Die Weisungen sind von der versicherten Person zu befolgen.

### 10.2 Zeitfenster für weitergehende Behandlungen

Ist aufgrund des Beratungsgesprächs mit einem der koordinierenden Leistungserbringer (telemedizinisches Zentrum oder Apotheke) eine fachärztliche Behandlung angezeigt, wird mit der versicherten Person ein Zeitfenster vereinbart, in welchem die Behandlung bei einem Leistungserbringer nach Wahl erfolgen muss. Bei Überweisungen an weitere Leistungserbringer oder Nachkontrollen bei anderen Leistungserbringern ist nochmals eine Rücksprache mit dem zuerst kontaktierten koordinierenden Leistungserbringer erforderlich. Reicht das Zeitfenster für die Behandlung nicht aus, nimmt die versicherte Person vor Ablauf der Frist ebenfalls erneut Kontakt mit dem zuerst kontaktierten koordinierenden Leistungserbringer auf.

### 10.3 Verhalten bei vorhandener Zusage zur Kostenübernahme

Einer der koordinierenden Leistungserbringer muss auch dann über die Behandlung informiert werden, wenn vonseiten des Versicherers eine Zusage zur Übernahme von Kosten ausgestellt wurde.

## 11 Verpflichtung zu speziellen Massnahmen bezüglich integrierter Versorgung

Ist bei Vorliegen einer spezifischen (insbesondere chronischen oder potenziell chronischen) Erkrankung eine ganzheitliche Versorgungsplanung angezeigt, ist die versicherte Person verpflichtet, sich speziellen Massnahmen zur integrierten Versorgung wie z.B. Disease Management (organisierter, patientenzentrierter Mehrkomponenten-Ansatz zur ganzheitlichen Gesundheitsversorgung) zu unterziehen.

Die versicherte Person wird vom Versicherer, dem koordinierenden Leistungserbringer oder von einem anbietenden Dritten auf die Massnahmen aufmerksam gemacht und ist verpflichtet, diese zu befolgen.

Die versicherte Person ist ausserdem verpflichtet, beim Bezug von Medikamenten, Laborleistungen, Hilfsmitteln usw. kostengünstige Bezugsquellen (z.B. Versandapotheken) zu berücksichtigen. Die im jeweiligen Fall zu berücksichtigende Bezugsquelle wird ihr vom Versicherer oder vom koordinierenden Leistungserbringer mitgeteilt. Die versicherte Person verpflichtet sich, sich mit dem Medikament

behandeln zu lassen, welches zur Behandlung des Leidens wirksam, zweckmässig und am wirtschaftlichsten ist. Es kann sich dabei um ein Generikum, ein Biosimilar oder ein wirtschaftliches Originalpräparat handeln.

Bezieht die versicherte Person ein Medikament, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, macht sie der Versicherer oder der koordinierende Leistungserbringer darauf aufmerksam.

## 12 Ausnahmen

**12.1 Augenarzt, Frauenarzt, Kinderarzt, Zahnarzt**  
Untersuchungen und Behandlungen in Augenarzt-, Frauenarzt- und Zahnarztpraxen kann die versicherte Person ohne vorherigen Beizug des gewählten koordinierenden Leistungserbringers durchführen lassen. Die Behandlungen bei Kinderärztinnen und -ärzten sind, bis zum Erreichen des Alters 16 der versicherten Person, von der Beizugspflicht des koordinierenden Leistungserbringers ausgenommen.

### 12.2 Notfälle

In einer Notfallsituation ist einer der koordinierenden Leistungserbringer zu kontaktieren. Ist dies nicht möglich, kann die diensthabende Notfallorganisation oder ein Spital am Aufenthaltsort aufgesucht werden. In diesen Fällen ist die versicherte Person verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt den koordinierenden Leistungserbringer zu orientieren oder orientieren zu lassen und ihm eine Bescheinigung über die Notfallbehandlung einzureichen.

### 12.3 Definition Notfall

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

## 13 Listen mit möglichen Leistungserbringern

Der Versicherer behält sich vor, den koordinierenden Leistungserbringern eine Liste mit möglichen Leistungserbringern zu übergeben, aus der sie zusammen mit der versicherten Person einen Leistungserbringer für die weitergehende Behandlung bestimmen müssen. Der Versicherer entscheidet bei der Erstellung der Liste rechtsgleich und willkürfrei. Diese Liste ist bei Anwendung dieser Regelung beim Versicherer einsehbar.

## 14 Verstoss gegen die Bedingungen des alternativen Versicherungsmodells

Begibt sich die versicherte Person ohne Vorliegen einer Notfallsituation zu anderen Leistungserbringern als dem koordinierenden Leistungserbringer,

wird sie vom Versicherer in jedem Fall auf das nicht vertragskonforme Verhalten bzw. den Verstoss hingewiesen. Dies erfolgt ebenso bei Nichteinhaltung der definierten speziellen Massnahmen gemäss Ziffer 11.

Weiter behält sich der Versicherer bei einem Verstoss gegen die Verpflichtungen gemäss den vorliegenden Versicherungsbedingungen das Recht vor, die versicherte Person auf den 1. des Folgemonats für mindestens 12, jedoch maximal 24 Monate aus sämtlichen alternativen Versicherungsmodellen auszuschliessen und/oder Kosten für Leistungen zurückzufordern, die nicht durch den koordinierenden Leistungserbringer ausgeführt oder angeordnet wurden oder dessen Weisungen widersprechen. Die Mitteilung über den Ausschluss bzw. die Kostenablehnung erfolgt schriftlich (per Briefpost oder auf digitalem Weg) und unter Angabe des pflichtwidrigen Verhaltens.

Ein Ausschluss aus dem Versicherungsmodell **casamed pharm** führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl.

## 15 Änderung der Versicherung wegen veränderter Rahmenbedingungen

Ist die ärztliche Behandlung durch die koordinierenden Leistungserbringer nicht oder nicht mehr möglich (insbesondere bei Aufenthalt im Pflegeheim und Behandlung durch dessen Arzt usw.), ist der Versicherer berechtigt, die Versicherung **casamed pharm** ohne vorgängige Ankündigung auf den 1. des Folgemonats aufzuheben. Dies führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit freier Arztwahl.

## 16 Zahlungsverbindung

Der Versicherer zahlt Leistungen an die versicherte Person an ein gemeldetes Post- oder Bankkonto aus. Unterbleibt eine Meldung der versicherten Person, kann der Versicherer eine Unkostenpauschale pro Leistungsabrechnung in Rechnung stellen.

## 17 Gebühren

### 17.1 Mahn- und Inkassogebühren

Säumigen Zahlerinnen und Zahlern kann der Versicherer neben den Betreuungskosten auch angemessene Bearbeitungskosten, Umtriebsgebühren sowie Kosten für Mahnungen und Verzugszinsen in Rechnung stellen.

### 17.2 Ratenzahlung

Ist im Inkasso- und Betreibungsverfahren eine Ratenzahlung vereinbart worden, kann der Versicherer eine Ratengebühr für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand in Rechnung stellen.

### 17.3 Zahlungsgebühren

Die versicherte Person hat verschiedene Möglichkeiten, ihre Prämien und Kostenbeteiligungen gebührenfrei zu bezahlen. Wählt die versicherte Person eine Zahlungsart, bei der Gebühren anfallen (z. B. bei Einzahlungen am Postschalter), kann der Versicherer der versicherten Person diese Gebühr weiterverrechnen.

## 18 Schweigepflicht

Die Mitarbeitenden des Versicherers unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht.

## 19 Rechtspflege

### 19.1 Verfügung

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, erlässt der Versicherer auf Verlangen innert 30 Tagen eine schriftlich begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

### 19.2 Einsprache

Gegen die Verfügung des Versicherers kann innerhalb von 30 Tagen seit der Zustellung Einsprache erhoben werden. Der Versicherer prüft die Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

### 19.3 Beschwerdeverfahren

Gegen den Einspracheentscheid des Versicherers kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden.

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in welchem die versicherte Person respektive der Beschwerde führende Dritte Wohnsitz hat. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn der Versicherer innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich der letzte schweizerische Wohnsitz befand oder in dem der letzte schweizerische Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt zuständig.

## 20 Rechtskraft

Bei unbenutztem Ablauf der Beschwerdefrist tritt die Verfügung oder der Einspracheentscheid des Versicherers in Rechtskraft. Die auf Geldzahlungen gerichteten rechtskräftigen Verfügungen sind vollstreckbaren Gerichtsurteilen im Sinne von Art. 80 des Gesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) gleichgestellt.

## 21 Rechtsschutz

Bei Honorarstreitigkeiten der versicherten Person mit Leistungserbringern im Sinne des KVG kann der Versicherer auf Begehren der versicherten Person deren Vertretung vor den zuständigen Gerichten auf Kosten des Versicherers übernehmen, sofern das Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

## 22 Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich insbesondere nach den anwendbaren rechtlichen Datenschutzbestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 25. September 2020 (DSG, SR 235.1), Art. 33 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) sowie Art. 84, 84a und 84b des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10). In Versicherungsverhältnissen mit internationalem Bezug richtet sich die Datenverarbeitung nach den anwendbaren Bestimmungen (z.B. DSGVO-Verordnung [EU] 2016/679 vom 27. April 2016).

Mit dem Abschluss des Versicherungsmodells **casamed pharm** willigt die versicherte Person ein, dass der Versicherer, der koordinierende Leistungserbringer oder in dessen Auftrag handelnde Dritte sich gegenseitig Behandlungs-, Diagnose- und Rechnungsdaten ihrer vollständigen medizinischen Versorgung übermitteln, soweit diese für die Abwicklung der Versicherung **casamed pharm** und insbesondere für die Überprüfung der Einhaltung der Pflichten der versicherten Personen benötigt werden (Qualitätssicherung und Sicherstellung einer optimalen Behandlung). Dies schliesst statistische Auswertungen zu **casamed pharm** ein. Ebenso willigt die versicherte Person in die Bearbeitung dieser Daten durch den Versicherer ein.

Die Daten werden in physischer oder elektronischer Form aufbewahrt.

Beim Wechsel zu einem anderen koordinierenden Leistungserbringer stimmt die versicherte Person der Weitergabe dieser Informationen an den neuen koordinierenden Leistungserbringer in schriftlicher und elektronischer Form zu und entbindet zugleich den bisherigen koordinierenden Leistungserbringer vom Berufsgeheimnis für diese Datenbekanntgabe.

Detaillierte Ausführungen zum Datenschutz befinden sich auf der Website des Versicherers.

### **23 Auslegung**

Die Originalfassung dieser Versicherungsbedingungen ist die deutsche Version. Die französische, die italienische und die englische Fassung sind Übersetzungen. Bei allfälligen Auslegungsdifferenzen ist der deutsche Text massgebend.

### **24 Inkrafttreten**

Dieses Reglement tritt am 1. Januar 2024 in Kraft und ersetzt alle früheren Reglemente und Bestimmungen über die gesetzliche obligatorische Krankenpflegeversicherung.

1093/d/06.2023

+41 58 262 42 00  
[www.sympany.ch](http://www.sympany.ch)

Richtig gut versichert.  
The logo for Sympany, featuring a stylized white 'C' shape on the left and the word 'sympany' in a lowercase, sans-serif font to its right.