

HMO plus

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Inhaltsverzeichnis

1. GRUNDSÄTZE	1	Art. 6.7 Pflicht zum Bezug von Generika und Biosimilars	5
Art. 1.1 Was ist HMO plus?	1	Art. 6.8 Bezug von Medikamenten, Hilfsmittel und Spitexleistungen bei bevorzugten Partnern	5
Art. 1.2 Auf welchem Grundprinzip basiert HMO plus?	1	Art. 6.9 Disease- und Chronic-Care-Management-Programme	5
Art. 1.3 Inhalt und charakteristische Eigenschaften von HMO plus	2	7. SANKTIONEN BEI VERLETZUNG DER PFLICHTEN ..	6
Art. 1.4 Wer wird als Hausarzt anerkannt?	2	Art. 7.1 Was geschieht, wenn Versicherte Ihren Pflichten nicht nachkommen?	6
Art. 1.5 Organisation der medizinischen Versorgung	2	Art. 7.2 Was geschieht, wenn Versicherte den Anordnungen des Hausarztes nicht nachkommen?	6
Art. 1.6 Ausnahmen von der Überweisungspflicht	2	8. ERGÄNZENDE BESTIMMUNGEN.....	6
Art. 1.7 Welche Leistungen umfasst HMO plus?	2	Art. 8.1 Rechtliche Möglichkeiten für versicherte Personen	6
Art. 1.8 Welche Regelung gilt im Notfall?	2	Art. 8.2 Wer haftet bei Fehlbehandlung?	6
2. LEISTUNGEN	2	9. ERLASS UND INKRAFTTRETEN.....	6
Art. 2.1 Was ist versichert?	2	Art. 9.1 Wann treten die AVB in Kraft?	6
Art. 2.2 Wer erbringt die Leistungen?	2		
Art. 2.3 Welche Leistungen werden übernommen?	2	Hinweis: Auf die gleichzeitige Nennung weiblicher und männlicher Schreibweisen wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichtet.	
Art. 2.4 Können andere Leistungserbringer beigezogen werden?	3		
Art. 2.5 Welche Leistungen werden bei stationärer Behandlung erbracht?	3		
Art. 2.6 Was ist nicht versichert?	3		
Art. 2.7 Wie erhalten Sie Ihre Vergütung?	3		
3. BEITRITT	3		
Art. 3.1 Wie sind die Aufnahmebedingungen?	3		
4. AUSTRITT	3		
Art. 4.1 Welche Kündigungsfristen gelten?	3		
Art. 4.2 Was geschieht bei Wohnsitzverlegung?	3		
Art. 4.3 Was geschieht, wenn der gewählte Hausarzt das Vertragsverhältnis auflöst?	3		
Art. 4.4 Was passiert bei Vertragsauflösung zwischen der Sumiswalder und der Gesundheitsorganisation?	3		
Art. 4.5 Was geschieht, wenn die Betreuung durch den gewählten Hausarzt nicht mehr möglich ist?	3		
5. DATENSCHUTZ.....	4		
Art. 5.1 Wie werden Personendaten bearbeitet?	4		
Art. 5.2 Welche Daten werden weitergegeben?	4		
6. PFLICHTEN DER VERSICHERTEN	4		
Art. 6.1 Wie wählen Sie Ihren Hausarzt?	4		
Art. 6.2 Konsultationspflicht und Einhaltung von Anweisungen?	4		
Art. 6.3 Wie ist das Vorgehen bei Notfällen?	4		
Art. 6.4 Wie ist das Vorgehen bei stationären Behandlungen?	5		
Art. 6.5 Welche Pflichten bestehen bei Zuweisungen zu Spezialärzten?	5		
Art. 6.6 Benötigen Sie eine Bewilligung für Badekuren?	5		

1. Grundsätze

Art. 1.1 Was ist HMO plus?

Die Sumiswalder bietet HMO plus in festgelegten Versicherungsgebieten an. Die aktuell von der Sumiswalder anerkannten Regionen sowie die darin eingebundenen Hausarztpraxen und weiteren angeschlossenen Leistungserbringer sind auf der Website der Sumiswalder aufgeführt. Die rechtlichen Grundlagen von HMO plus bilden das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), einschliesslich deren Ausführungsbestimmungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenpflegeversicherung nach KVG und der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

HMO plus stellt eine Form der obligatorischen Grundversicherung dar und basiert insbesondere auf Artikel 41 Absatz 4 sowie Artikel 62 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Art. 1.2 Auf welchem Grundprinzip basiert HMO plus?

HMO plus baut das Prinzip des hausärztlichen Gatekeepings aus, indem es eine vertikal vernetzte Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Leistungserbringern

einbezieht. Das Modell zeichnet sich durch einen einfachen Zugang sowie durch koordinierte und effiziente Behandlungsabläufe aus.

Mit dem Abschluss von HMO plus erklären sich die Versicherten damit einverstanden, dass sämtliche medizinischen Abklärungen und Behandlungen entweder durch den gewählten Hausarzt oder durch das telemedizinische Beratungszentrum erfolgen. Allfällige Überweisungen an Spezialärzte oder andere Leistungserbringer werden ebenfalls ausschliesslich durch diese Stellen veranlasst.

Als Alternative zum gewählten Hausarzt oder zum telemedizinischen Beratungszentrum können Versicherte für eine Erstkonsultation auch direkt eine Partnerapotheke aufsuchen. Die Überweisung an Spezialärzte oder andere Leistungserbringer erfolgt jedoch weiterhin ausschliesslich über den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum.

Art. 1.3 Inhalt und charakteristische Eigenschaften von HMO plus

Die Sumiswalder trägt die finanziellen Folgen von Krankheit, Mutterschaft oder Unfall.

Bei Vertragsabschluss hat die versicherte Person einen von der Sumiswalder anerkannten Hausarzt zu bestimmen. Bei gesundheitlichen Beschwerden wendet sich die versicherte Person wahlweise an den gewählten Hausarzt, das telemedizinische Beratungszentrum oder eine Partnerapotheke.

Art. 1.4 Wer wird als Hausarzt anerkannt?

Als HMO-plus-Ärzte gelten ausschliesslich diejenigen Ärzte, die mit der Sumiswalder in einem entsprechenden Vertragsverhältnis stehen. Welche Ärzte als HMO-plus-Ärzte gewählt werden können, ist auf der Website der Sumiswalder ersichtlich.

Die versicherte Person wählt bei Vertragsabschluss ihren Hausarzt aus der Liste der HMO-plus-Ärzte. Wird ein Arzt von der Sumiswalder nicht mehr anerkannt, informiert diese die versicherte Person schriftlich darüber. In diesem Fall kann die versicherte Person entweder einen anderen anerkannten Hausarzt bestimmen oder in die ordentliche Grundversicherung wechseln. Ein Wechsel des Hausarztes ist der Sumiswalder unverzüglich mitzuteilen.

Art. 1.5 Organisation der medizinischen Versorgung Gesundheitsorganisation

Die Gesundheitsorganisation ist ein regionaler Zusammenschluss von Leistungserbringern, der die medizinische Versorgung der Versicherten gewährleistet. Welche Gesundheitsorganisation gewählt wurde, ist auf der Versicherungspolice aufgeführt.

Gewählter Hausarzt

Die versicherte Person bestimmt beim Abschluss des Versicherungsvertrags einen Hausarzt, der einer entsprechenden Gesundheitsorganisation angehört. Der ausgewählte Hausarzt ist in der Versicherungspolice aufgeführt.

Telemedizinisches Beratungszentrum

Als Alternative zum gewählten Hausarzt können Versicherte im Modell HMO plus ein telemedizinisches Beratungszentrum in Anspruch nehmen. Die Telefonnummer dieses Zentrums ist in der Versicherungspolice aufgeführt.

Partnerapotheke

Als weitere Möglichkeit zum gewählten Hausarzt können Versicherte in HMO plus direkt eine Partnerapotheke aufsuchen, welche der entsprechenden Gesundheitsorganisation angeschlossen ist. Auf der Webseite der Sumiswalder ist ersichtlich, welche Apotheken welcher Gesundheitsorganisation angeschlossen sind.

Art. 1.6 Ausnahmen von der Überweisungspflicht

Mit Ausnahme von Notfällen sowie von ambulanten augenärztlichen Untersuchungen, gynäkologischen Untersuchungen und Behandlungen und zahnärztlichen Behandlungen ist vor jeder ambulanten oder stationären Behandlung stets zuerst der gewählte Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum zu kontaktieren.

Art. 1.7 Welche Leistungen umfasst HMO plus?

HMO plus umfasst die gesetzlichen Pflichtleistungen bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen sowie bei Schwanger- und Mutterschaft.

Art. 1.8 Welche Regelung gilt im Notfall?

Notfallbehandlungen sind im Rahmen der gesetzlichen Pflichtleistungen gedeckt, sofern sie durch einen Arzt oder einen anderen nach KVG zugelassenen Leistungserbringer erfolgen. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person aus medizinisch objektiven Gründen dringend eine Behandlung benötigt und der gewählte Hausarzt aufgrund von Distanz und/oder Zeit nicht rechtzeitig erreichbar ist.

2. Leistungen

Art. 2.1 Was ist versichert?

Die Leistungen, welche aus HMO plus erbracht werden, richten sich ausschliesslich nach dem KVG.

Art. 2.2 Wer erbringt die Leistungen?

Im Modell HMO plus erfolgen ambulante Behandlungen, Betreuung und Beratung durch den gewählten Hausarzt, das telemedizinische Beratungszentrum oder eine Partnerapotheke (eingeschränkte Arztwahl). Überweisungen an Spezialärzte oder andere Leistungserbringer werden ausschliesslich durch den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum veranlasst.

Art. 2.3 Welche Leistungen werden übernommen?

HMO plus übernimmt die Kosten für Heilmittel, Analysen und therapeutische Massnahmen, die vom gewählten Hausarzt oder vom telemedizinischen Beratungszentrum verordnet werden, sofern deren Übernahme

im KVG vorgesehen ist. Leistungen anderer Leistungserbringer werden ebenfalls übernommen, sofern entweder ein Notfall vorlag oder der gewählte Hausarzt bzw. das telemedizinische Beratungszentrum die Überweisung an diesen Leistungserbringer veranlasst hat.

Art. 2.4 Können andere Leistungserbringer beigezogen werden?

Auf Überweisung des gewählten Hausarztes oder des telemedizinischen Beratungszentrums können externe Spezialärzte oder andere Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. HMO plus übernimmt die Kosten gemäss KVG.

Art. 2.5 Welche Leistungen werden bei stationärer Behandlung erbracht?

Bei stationären Behandlungen in der allgemeinen Abteilung eines Listenspitals übernimmt die Sumiswalder ihren Anteil gemäss dem im Wohnsitzkanton der versicherten Person geltenden Tarif eines Listenspitals. Ist aus medizinischen Gründen eine Behandlung in einem Spital erforderlich, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, übernimmt die Sumiswalder ihren Anteil nach dem Tarif, der für Personen mit Wohnsitz im Standortkanton der stationären Einrichtung gilt.

Einweisungen in Akutspitäler müssen – ausser in Notfallsituationen – durch den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum beziehungsweise mit deren Einverständnis erfolgen.

Art. 2.6 Was ist nicht versichert?

Die Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Leistungen ohne Überweisung durch den gewählten Hausarzt bzw. das telemedizinische Beratungszentrum erfolgt zulasten der versicherten Person.

Ausgenommen davon sind Notfallbehandlungen gemäss Art. 1.8, bei denen keine Überweisung erforderlich ist.

Art. 2.7 Wie erhalten Sie Ihre Vergütung?

Die Versicherten sind verpflichtet, der Sumiswalder ein schweizerisches Bank- oder Postkonto als Zahlungsadresse anzugeben. Erfolgt keine entsprechende Meldung, werden die Auszahlungskosten den Versicherten belastet.

3. Beitritt

Art. 3.1 Wie sind die Aufnahmebedingungen?

Der Kreis der versicherungspflichtigen Personen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Eine Aufnahme ist nur möglich, sofern nicht gleichzeitig eine andere obligatorische Krankenpflegeversicherung besteht.

Alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Versicherungsgebiet von HMO plus können jederzeit von einer Versicherung ohne Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers zu HMO plus wechseln. Massgebend für die Zugehörigkeit zum Versicherungsgebiet ist der zivilrechtliche Wohnsitz.

4. Austritt

Art. 4.1 Welche Kündigungsfristen gelten?

Die ordentliche Kündigung von HMO plus ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf das Ende des Kalenderjahres möglich. Die Kündigung muss der Sumiswalder spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn dieser dreimonatigen Frist zugehen. Vorbehalten bleiben die ausserordentlichen Kündigungsmöglichkeiten gemäss Artikel 7 Absatz 2 bis 4 KVG.

Nach Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung zudem unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, der der Gültigkeit der neuen Prämie vorausgeht.

Art. 4.2 Was geschieht bei Wohnsitzverlegung?

Bei einem Wohnsitzwechsel in ein Gebiet ausserhalb des Tätigkeitsbereichs von HMO plus werden die Versicherten auf den Beginn des Monats, der auf die Wohnsitzverlegung folgt, in die ordentliche Grundversicherung der Sumiswalder überführt. Der Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet von HMO plus ist der Sumiswalder innerhalb eines Monats zu melden.

Erfolgt der Wechsel in die ordentliche Grundversicherung während des laufenden Kalenderjahres, wird die bisher gewählte Jahresfranchise weitergeführt.

Art. 4.3 Was geschieht, wenn der gewählte Hausarzt das Vertragsverhältnis auflöst?

Löst der gewählte Hausarzt das Vertragsverhältnis mit der Gesundheitsorganisation auf, können die bei ihm eingeschriebenen Versicherten innerhalb von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung durch die Sumiswalder nach freier Wahl einen neuen Hausarzt bestimmen oder in die ordentliche Grundversicherung der Sumiswalder wechseln.

Wird innerhalb dieser Frist kein neuer Hausarzt gemeldet, erfolgt per Beginn des folgenden Monats automatisch der Wechsel in die ordentliche Grundversicherung der Sumiswalder.

Art. 4.4 Was passiert bei Vertragsauflösung zwischen der Sumiswalder und der Gesundheitsorganisation?

Wird der Vertrag zwischen der Sumiswalder und der Gesundheitsorganisation aufgelöst, entfällt die Krankenpflegeversicherung HMO plus (KVG). Sofern die versicherte Person nichts anderes mitteilt, erfolgt automatisch der Wechsel in die ordentliche Grundversicherung der Sumiswalder.

Art. 4.5 Was geschieht, wenn die Betreuung durch den gewählten Hausarzt nicht mehr möglich ist?

Ist die ärztliche Behandlung durch den gewählten Hausarzt aus Gründen, die in der Person der Versicherten liegen, nicht mehr möglich (z. B. bei Eintritt in ein Pflegeheim), ist die Sumiswalder berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen

auf den Beginn eines Kalendermonats in die ordentliche Grundversicherung der Sumiswalder zu überführen.

Erfolgt der Wechsel in die ordentliche Grundversicherung während des laufenden Kalenderjahres, wird die bisher gewählte Jahresfranchise weitergeführt.

5. Datenschutz

Art. 5.1 Wie werden Personendaten bearbeitet?

Personendaten werden in erster Linie bearbeitet, um Leistungen der gesetzlichen Krankenpflegeversicherung zu erbringen und eine zuverlässige sowie bedarfsgerechte Betreuung der Versicherten sicherzustellen. Darüber hinaus benötigt die Sumiswalder Personendaten für die Kundengewinnung im KVG-Bereich, zur Erfüllung gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben, zur (Weiter-)Entwicklung ihrer Produkte und Dienstleistungen sowie zur Gewährleistung eines sicheren, effizienten und wirtschaftlichen Betriebs. Die Leistungsabwicklung und das Inkasso beinhalten elektronische Datenverarbeitungen, die als automatisierte Einzelentscheide qualifiziert werden können.

Die Personendaten werden elektronisch gespeichert, wobei die Datenhaltung in der Schweiz erfolgt. Die Sumiswalder stellt sicher, dass die übermittelten Personendaten aktuell, zuverlässig und vollständig sind.

Die Erhebung und Verwendung der Personendaten erfolgt im Einklang mit den geltenden Datenschutzbestimmungen, insbesondere dem schweizerischen Datenschutzgesetz sowie weiteren gesetzlichen Grundlagen, namentlich Art. 84, 84a und 84b KVG.

Weiterführende Informationen zur Bearbeitung von Personendaten sind in der Datenschutzerklärung der Sumiswalder unter: www.sumiswalder.ch/ueberuns/datenschutzpolitik abrufbar.

Art. 5.2 Welche Daten werden weitergegeben?

Die Sumiswalder ist berechtigt, im erforderlichen und gesetzlich vorgeschriebenen Umfang Daten an der Vertragsabwicklung beteiligte Dritte (z. B. beteiligte Versicherer, Vertrauens- und Gesellschaftsärzte sowie Behörden) sowie an Mit-, Vor-, Nach- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterzugeben. Zudem kann die Sumiswalder Dritte mit der Erbringung von Dienstleistungen zugunsten der Versicherten beauftragen (z. B. IT-Provider) und verpflichtet diese vertraglich zur Vertraulichkeit sowie zum datenschutzkonformen Umgang mit Personendaten. Dabei können sowohl allgemeine Personendaten (z. B. Name, Geburtsdatum, Versichertennummer) als auch besonders schützenswerte Personendaten, insbesondere Gesundheitsdaten, betroffen sein. In diesem Zusammenhang werden die erhöhten gesetzlichen Anforderungen an die Bearbeitung besonders schützenswerter Personendaten eingehalten.

Die Sumiswalder und die Gesundheitsorganisation tauschen die für administrative Zwecke erforderlichen Daten über eine gesicherte Plattform aus. Die Sumiswalder übermittelt der Gesundheitsorganisation regelmässig Listen der eingeschriebenen Versicherten pro gewählten Hausarzt mit den entsprechenden Versicherungsangaben sowie Übersichten über die in Anspruch

genommenen medizinischen Leistungen. Umgekehrt stellt die Gesundheitsorganisation der Sumiswalder regelmässig Übersichten über medizinische Leistungen zu, die weder durch den gewählten Hausarzt noch durch das telemedizinische Beratungszentrum durchgeführt oder veranlasst wurden. Zudem informiert die Gesundheitsorganisation die Sumiswalder regelmässig über Versicherte, die ihren Pflichten gemäss Ziff. 6.9 nicht nachgekommen sind.

6. Pflichten der Versicherten

Art. 6.1 Wie wählen Sie Ihren Hausarzt?

Die Versicherten bestimmen ihren Hausarzt aus der Liste der HMO-plus-Ärzte. Ein Wechsel ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal möglich und hat unter Einhaltung einer einmonatigen Frist jeweils auf den Beginn eines Monats zu erfolgen.

Die Versicherten sind verpflichtet, den Wechsel sowohl dem bisherigen Hausarzt als auch der Sumiswalder mitzuteilen. Gleichzeitig entbinden sie den bisherigen Hausarzt vom Patientengeheimnis und ermächtigen ihn, die Behandlungsinformationen und -unterlagen an den neuen Hausarzt weiterzugeben.

Art. 6.2 Konsultationspflicht und Einhaltung von Anweisungen?

Die versicherten Personen – oder eine an ihrer Stelle handelnde Drittperson – sind verpflichtet, den Anordnungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern Folge zu leisten und auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu achten. Vor der Vereinbarung eines Termins für eine medizinische Behandlung haben sie stets Rücksprache mit dem gewählten Hausarzt oder dem telemedizinischen Beratungszentrum zu nehmen.

Der gewählte Hausarzt beziehungsweise das telemedizinische Beratungszentrum legt in Abstimmung mit der versicherten Person die geeignete Behandlung fest; diese Anweisungen sind für die versicherte Person verbindlich. Ebenso bestimmen sie den Zeitrahmen sowie die Leistungserbringer für eine allfällige Weiterbehandlung. Reicht der festgelegte Zeitrahmen nicht aus oder ändert sich der Behandlungsplan, hat die versicherte Person vor einer erneuten Inanspruchnahme von Leistungen die Einwilligung des Hausarztes beziehungsweise des telemedizinischen Beratungszentrums einzuholen.

Eine Verletzung dieser Pflichten führt zu Sanktionen gemäss Art. 7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen. Eine Partnerapotheke kann hingegen ohne vorgängige Rücksprache mit dem Hausarzt oder dem telemedizinischen Beratungszentrum aufgesucht werden.

Art. 6.3 Wie ist das Vorgehen bei Notfällen?

In einer Notfallsituation nehmen die Versicherten Kontakt mit ihrem gewählten Hausarzt oder dem telemedizinischen Beratungszentrum auf.

Sind diese nicht erreichbar, wenden sie sich an deren Stellvertretung oder an die zuständige Notfallorganisation am Wohn- bzw. Aufenthaltsort. Im Falle einer notfallmässigen Spiteleinweisung oder einer Behandlung durch einen Notarzt sind die Versicherten verpflichtet,

ihren Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum innerhalb von 30 Tagen nach Eintritt des Notfalls zu informieren und einen entsprechenden Bericht des Notarztes vorzulegen.

Art. 6.4 Wie ist das Vorgehen bei stationären Behandlungen?

Die Versicherten sind verpflichtet, vor einer Einweisung in ein Akutspital – ausser in Notfällen – das Einverständnis des gewählten Hausarztes oder des telemedizinischen Beratungszentrums einzuholen.

Art. 6.5 Welche Pflichten bestehen bei Zuweisungen zu Spezialärzten?

Werden Versicherte von ihrem gewählten Hausarzt beziehungsweise vom telemedizinischen Beratungszentrum an einen Spezialarzt überwiesen und empfiehlt dieser eine weitere Behandlung oder Abklärung durch einen zusätzlichen Arzt oder eine stationäre Einrichtung, sind die Versicherten verpflichtet, ihren Hausarzt beziehungsweise das telemedizinische Beratungszentrum darüber zu informieren und deren Einverständnis einzuholen.

Art. 6.6 Benötigen Sie eine Bewilligung für Badekuren?

Die gesetzlichen Pflichtleistungen für Badekuren werden nur gewährt, wenn die Verordnung durch den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum erfolgt oder von diesem bewilligt wurde.

Art. 6.7 Pflicht zum Bezug von Generika und Biosimilars

Die versicherte Person verpflichtet sich, innerhalb der ärztlich verordneten Wirkstoffgruppe ein kostengünstiges Arzneimittel (Generika/Biosimilars oder ein vergleichsweise preisgünstiges Originalpräparat) zu verlangen. Originalpräparate sind durch Generika oder Biosimilars zu ersetzen, sofern diese günstiger sind und keine medizinischen Gründe vorliegen, die den Einsatz des Originalpräparats erforderlich machen.

Generika

Als Grundlage dient die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte Liste «Neue Generikalistie mit differenziertem Selbstbehalt bei Originalen und Generika», die auf der Website des BAG eingesehen werden kann. Entscheidet sich die versicherte Person für ein auf dieser Liste aufgeführtes Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt, obwohl eine kostengünstigere Alternative verfügbar ist, werden die Kosten des Originalpräparats nicht übernommen.

Biosimilars

Biosimilars sind zugelassene Nachahmerprodukte von Original-Biologika. Entscheidet sich die versicherte Person für ein Originalmedikament oder ein Biosimilar mit erhöhtem Selbstbehalt, für das eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden die Kosten des Originalmedikaments beziehungsweise des Biosimilars mit erhöhtem Selbstbehalt nicht übernommen. Die zugelassenen Biosimilars mit Handelsnamen, Wirkstoff

und Hinweis auf das entsprechende Originalpräparat sind beim gewählten Hausarzt oder beim telemedizinischen Beratungszentrum zu erfragen.

Von dieser Regelung ausgenommen sind Fälle, in denen die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat oder das Biosimilar mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. In solchen Fällen muss bei der Leistungsabrechnung ein entsprechender Nachweis des Leistungserbringers vorliegen.

Art. 6.8 Bezug von Medikamenten, Hilfsmittel und Spitexleistungen bei bevorzugten Partnern

Medikamente

Die Erstabgabe von Medikamenten kann durch den behandelnden Arzt erfolgen. Bei Folge- oder Dauerbehandlungen kann die Sumiswalder beziehungsweise der gewählte Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum bestimmen, bei welcher Apotheke die Medikamente zu beziehen sind.

Die anerkannten Apotheken sind in der Liste «HMO plus-Liste der anerkannten Apotheken» aufgeführt. Diese Liste kann auf der Website der Sumiswalder eingesehen werden.

Hilfsmittel

Benötigt die versicherte Person im Rahmen ihres Behandlungsablaufs Mittel und Gegenstände (Hilfsmittel), kann die Sumiswalder beziehungsweise der gewählte Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum die versicherte Person verpflichten, diese bei einem bestimmten Leistungserbringer zu beziehen.

Die anerkannten Leistungserbringer sind in der «Liste der Hilfsmittel-Partner für HMO plus» aufgeführt. Diese Liste kann auf der Website der Sumiswalder eingesehen werden.

Spitexleistungen

Benötigt die versicherte Person Leistungen einer Spitex-Organisation, ist sie verpflichtet, diese bei einer Gesundheitsorganisation angeschlossenen Spitex-Organisation zu beziehen.

Die anerkannten Leistungserbringer sind in der «Liste der anerkannten Spitex-Organisationen für HMO plus» aufgeführt. Diese Liste kann auf der Website der Sumiswalder eingesehen werden.

Art. 6.9 Disease- und Chronic-Care-Management-Programme

Die versicherte Person ist auf Anordnung des gewählten Hausarztes verpflichtet, an Disease- oder Chronic-Care-Management-Programmen teilzunehmen. Die entsprechenden Programme sowie die durchführenden Leistungserbringer werden vom gewählten Hausarzt bestimmt.

7. Sanktionen bei Verletzung der Pflichten

Art. 7.1 Was geschieht, wenn Versicherte ihren Pflichten nicht nachkommen?

Versicherte, welche sich nicht an die Pflichten gemäss Ziff. 6.2 bis 6.8 dieser AVB halten, können von der Sumiswalder nach vorgängiger schriftlicher Mahnung wie folgt sanktioniert werden:

- Nach zweiter Pflichtverletzung: Kürzung der gesetzlichen Leistungen um 50%.
- Nach dritter Pflichtverletzung: Verweigerung der Leistungsübernahme. Bereits bezahlte Rechnungen werden von der Sumiswalder zurückgefordert.
- Nach vierter Pflichtverletzung: Ausschluss aus HMO plus bei wiederholt regelwidrigem Verhalten. Der Ausschluss führt zum Übertritt in die ordentliche Krankenpflegeversicherung der Sumiswalder und wird per Folgemonat der sanktionierten Pflichtverletzung vorgenommen. Eine Wiederaufnahme in ein alternatives Versicherungsmodell bei der Sumiswalder ist nach erfolgtem Ausschluss frühestens auf das nächste Kalenderjahr wieder möglich.

Art. 7.2 Was geschieht, wenn Versicherte den Anordnungen des Hausarztes nicht nachkommen?

Kommt der Versicherte der Anordnung gemäss Ziffer 6.9 nicht nach, erfolgt nach einer Bedenkfrist von 30 Tagen der Ausschluss aus HMO plus sowie die Umteiling in die ordentliche Krankenpflegeversicherung.

8. Ergänzende Bestimmungen

Art. 8.1 Rechtliche Möglichkeiten für versicherte Personen

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid der Sumiswalder nicht einverstanden, kann sie innerhalb einer angemessenen Frist verlangen, dass die Sumiswalder eine schriftliche Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung erlässt.

Gegen eine solche Verfügung kann innert 30 Tagen bei der Sumiswalder Einsprache erhoben werden. Die Sumiswalder prüft die Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

Gegen den Einspracheentscheid der Sumiswalder kann innerhalb von 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht des Wohnkantons der versicherten Person beziehungsweise der beschwerdeführenden Drittperson. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder der beschwerdeführenden Drittperson im Ausland, ist das Versicherungsgericht jenes Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber seinen Sitz hatte; lassen sich diese nicht bestimmen, ist das Versicherungsgericht

des Kantons zuständig, in dem das Durchführungsorgan seinen Sitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Eine Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn die Sumiswalder trotz entsprechender Aufforderung keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Gegen den Entscheid eines kantonalen Versicherungsgerichts kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) Beschwerde beim Bundesgericht erhoben werden.

Art. 8.2 Wer haftet bei Fehlbehandlung?

Für die fachliche Richtigkeit medizinischer Behandlungen haften weder die Sumiswalder noch die Gesundheitsorganisation, sondern ausschliesslich der jeweilige Leistungserbringer.

9. Erlass und Inkrafttreten

Art. 9.1 Wann treten die AVB in Kraft?

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2027 in Kraft. Sie können von der Sumiswalder jederzeit geändert werden.