

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins modèle MediTel

Edition 01.2027

Titre 1 – Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle MediTel est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle MediTel est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

En souscrivant au modèle MediTel, l'assuré, respectivement son représentant légal, accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3 ci-après.

Titre 2 – Les formes d'assurance

Chapitre 1 – L'assurance obligatoire des soins

Article 1 – Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 – La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 – La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise (quote-part).

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 – La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année civile, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 – Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Chapitre 2 – L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 6 – Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 – Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 – Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitement.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 – Le modèle MediTel

Article 10 – Principes du modèle

10.1 En souscrivant au modèle MediTel, l'assuré, respectivement son représentant légal, **accepte**, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical :

- **de s'adresser, en premier recours, au centre de télémedecine coordinateur,**
- **que le centre de télémedecine coordinateur soit, pour la suite du traitement, chargé de la coordination et du suivi,**
- **de suivre l'ensemble des consignes du centre de télémedecine coordinateur,**
- **d'acheter ses médicaments et/ou toute autre prestation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins auprès des pharmacies agréées par Assura.**

10.2 L'assuré, respectivement son représentant légal, accepte d'**adhérer à un mode de communication digital avec Assura** (Espace client) et de **participer au contrôle des factures** des traitements dont il a bénéficié.

Article 11 – Les différents intervenants

11.1 Centre de télémedecine coordinateur

Par centre de télémedecine coordinateur au sens des présentes conditions on entend : une société experte en médecine à distance désignée par Assura comme contact de premier recours et coordinateur et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura. Le centre de télémedecine coordinateur peut être modifié en tout temps et unilatéralement par Assura.

11.2 Médecin généraliste

Par médecin généraliste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue de médecin praticien ou de spécialiste en médecine interne générale, admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

11.3 Médecin spécialiste

Par médecin spécialiste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), à l'exclusion de celle de « spécialiste en médecine interne générale », admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

11.4 Centre d'expertise indépendant

Par centre d'expertise indépendant au sens des présentes conditions on entend : une société experte dans la recommandation de médecins spécialistes ou d'autres fournisseurs de prestations (établissements hospitaliers ou centres de chirurgie ambulatoire) désignée par Assura et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura. Le centre d'expertise indépendant peut être modifié en tout temps et unilatéralement par Assura.

11.5 Pharmacies agréées

Par pharmacie agréée au sens des présentes conditions on entend : toutes pharmacies en Suisse tenues par un pharmacien admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins désignées par Assura et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura. La liste des pharmacies agréées peut être modifiée en tout temps et unilatéralement par Assura.

11.6 Autres fournisseurs de prestations

Par autres fournisseurs de prestations au sens des présentes conditions on entend : tout fournisseur de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception des médecins généralistes et des médecins spécialistes (p. ex. physiothérapeute).

Article 12 – Parcours de traitement et obligations de l'assuré

12.1 Consultations de premier recours auprès du centre de télémedecine coordinateur

12.1.1 Avant toute consultation médicale et/ou tout traitement ambulatoire ou stationnaire, l'assuré s'engage à s'adresser, en cas de problème de santé, au centre de télémedecine coordinateur. Le centre de télémedecine coordinateur fournit à l'assuré des conseils médicaux et/ou effectue des consultations médicales à distance. Les consultations médicales à distance du centre de télémedecine coordinateur sont prises en charge conformément à la LAMal et facturées selon le système du tiers payant.

12.1.2 Le cas échéant, le centre de télémedecine coordinateur convient avec l'assuré d'un traitement approprié, que l'assuré s'engage à suivre durant un laps de temps déterminé (plan de traitement).

12.1.3 Si le parcours de traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une

prolongation du laps de temps ou une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.2 Consultations auprès d'un médecin généraliste

12.2.1 Si le centre de télémedecine coordinateur détermine que l'assuré doit suivre un traitement auprès d'un médecin généraliste, l'assuré s'engage à consulter, dans le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, le médecin généraliste dont il a communiqué les coordonnées au centre de télémedecine coordinateur ou, à défaut, respectivement en cas d'indisponibilité de ce médecin généraliste, le médecin généraliste recommandé par le centre de télémedecine coordinateur.

12.2.2 Si le parcours de traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une prolongation du laps de temps ou une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.2.3 Si le médecin généraliste estime que le plan de traitement défini par le centre de télémedecine coordinateur doit être modifié, l'assuré doit s'adresser au préalable, avant toute nouvelle consultation, au centre de télémedecine coordinateur qui définira si la modification du plan de traitement est judicieuse.

12.2.4 Si le médecin généraliste estime que l'assuré doit suivre un traitement auprès d'un médecin spécialiste ou d'un autre fournisseur de prestations, l'assuré doit s'adresser au préalable, avant toute consultation, au centre de télémedecine coordinateur qui procédera selon l'art. 12.3.

12.3 Consultations auprès d'un médecin spécialiste ou d'un autre fournisseur de prestations

12.3.1 Si le centre de télémedecine coordinateur détermine que l'assuré doit suivre un traitement auprès d'un médecin spécialiste ou d'un autre fournisseur de prestations, l'assuré s'engage à consulter, dans le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, le médecin spécialiste ou un autre fournisseur de prestations recommandé par le centre de télémedecine coordinateur. Dans ce cadre, le centre de télémedecine coordinateur peut mandater le centre d'expertise indépendant tel que prévu à l'art. 12.3.2.

12.3.2 Le centre de télémedecine coordinateur mandate, s'il le juge nécessaire, le centre d'expertise indépendant pour rechercher le fournisseur de prestations (médecins spécialistes, établissements hospitaliers ou centres de chirurgie ambulatoire) le plus approprié pour le traitement. L'intervention du centre d'expertise indépendant n'est pas facturée à l'assuré.

12.3.3 Cas échéant, l'assuré s'engage à consulter le fournisseur de prestations choisi par le centre de télémedecine coordinateur ou le centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce spécialiste, dans le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur.

12.3.4 Si le parcours de traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une

prolongation du laps de temps ou une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.3.5 Si le médecin spécialiste ou un autre fournisseur de prestations estime que le plan de traitement défini par le centre de télémedecine coordinateur doit être modifié, l'assuré doit s'adresser au préalable, avant toute nouvelle consultation, au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.3.6 Sur requête du centre de télémedecine coordinateur ou du centre d'expertise indépendant, l'assuré doit leur remettre les documents médicaux existants utiles pour le problème de santé concerné, tels que rapports médicaux, radiographies, etc.

12.4 Interventions ambulatoires ou stationnaires

12.4.1 Si une intervention en ambulatoire ou en stationnaire est envisagée par le médecin généraliste, le médecin spécialiste ou un autre fournisseur de prestations, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une adaptation du plan de traitement est judicieuse. Dans ce cadre, le centre de télémedecine coordinateur peut mandater le centre d'expertise indépendant tel que prévu à l'art. 12.4.2.

12.4.2 Le centre de télémedecine coordinateur mandate, s'il le juge nécessaire, le centre d'expertise indépendant pour rechercher le fournisseur de prestations (médecin spécialiste, établissement hospitalier ou centre de chirurgie ambulatoire) le plus approprié pour l'intervention chirurgicale. L'intervention du centre d'expertise indépendant n'est pas facturée à l'assuré.

12.4.3 Cas échéant, l'assuré s'engage à consulter le fournisseur de prestations choisi par le centre de télémedecine coordinateur ou le centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce fournisseur de prestations, dans le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur.

12.4.4 Si le parcours de traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une prolongation du laps de temps ou une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.4.5 Sur requête du centre de télémedecine coordinateur ou du centre d'expertise indépendant, l'assuré doit leur remettre les documents médicaux existants utiles pour le problème de santé.

12.5 Achats de médicaments

12.5.1 Si le centre télémedecine coordinateur ou un médecin généraliste ou un médecin spécialiste définis dans le cadre du plan de traitement prescrit des médicaments, l'assuré s'engage à acheter ses médicaments et/ou toute autre préparation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins auprès d'une pharmacie agréée.

12.5.2 L'assuré s'engage à recourir à des médicaments génériques ou biosimilaires chaque fois que ceux-ci sont proposés par la pharmacie agréée.

12.6 Participation au contrôle des factures

12.6.1 L'assuré s'engage à répondre à des questions dans le contexte du contrôle de la facturation des traitements dont il a bénéficié (p. ex. la durée des consultations) et à les consigner à l'aide des supports

de communication digitaux mis à disposition par Assura.

12.6.2 La liste des éléments sur lesquels Assura demande une participation de l'assuré au contrôle des factures figure sur le site internet d'Assura.

12.6.3 Cette liste peut être modifiée en tout temps et unilatéralement par Assura.

12.7 – Recommandations médicales

12.7.1 L'assuré accepte que le centre de télémédecine coordinateur, le médecin généraliste, le médecin spécialiste ou les éventuels autres fournisseurs de prestations impliqués lui fournissent des recommandations médicales dans un but de promotion de la santé et de prévention.

12.7.2 Ces recommandations peuvent intervenir de manière ponctuelle, sur la base de critères médicaux définis par le centre de télémédecine coordinateur, le médecin généraliste, le médecin spécialiste ou les éventuels autres fournisseurs de prestation impliqués.

Article 13 – Exceptions

13.1. Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie ne sont pas soumis aux obligations de l'art. 12.

13.2. En cas d'urgence établie survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré n'est pas soumis aux obligations de l'art 12.

13.3. Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

13.4 Si le traitement prodigué en urgence nécessite un suivi, l'assuré doit obligatoirement respecter les engagements pris à l'art. 12, ceci dès que la situation n'est plus considérée comme urgente.

Article 14 – Sanctions

14.1 En cas de violation par l'assuré des obligations découlant des art. 12.3.3 et 12.4.3 la prise en charge des frais sera refusée par Assura. Toutefois en cas de refus de prestations d'Assura basé sur le présent article, l'assuré peut demander son transfert rétroactif au 1^{er} janvier de l'année en cours dans le modèle Basis avec une franchise identique et moyennant adaptation de la prime.

14.2 En cas de violation par l'assuré de ses autres obligations découlant des articles 12.1 à 12.5, Assura lui adresse un rappel de ses obligations. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

14.3 En cas de violation par l'assuré de ses obligations découlant de l'article 12.6, Assura lui adresse un rappel de ses obligations. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, l'assuré sera transféré dès le mois suivant dans le modèle Basis avec une franchise identique et moyennant adaptation de la prime.

Article 15 – Entrée dans le modèle MediTel

15.1 Le modèle MediTel peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans une région de primes où Assura pratique ce modèle.

15.2 Un assuré domicilié dans les régions de primes où Assura pratique le modèle MediTel, au bénéfice du modèle Basis, peut en tout temps adhérer au modèle

MediTel, avec une franchise identique, pour le 1^{er} jour du mois suivant.

15.3 En cas de traitement en cours lors de l'adhésion au modèle MediTel, l'assuré doit respecter les obligations prévues aux articles 12 et 13.4. Font exception les interventions qui ont été planifiées avant l'entrée dans le modèle MediTel et qui auront lieu dans les deux mois suivant l'entrée de l'assuré dans le modèle MediTel.

Article 16 – Sortie du modèle MediTel

16.1 Assura peut supprimer ou modifier le modèle MediTel pour la fin d'une année civile. En cas de suppression, l'assuré sera alors transféré au 1^{er} janvier de l'année suivante dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans le modèle d'assurance de son choix. Demeure réservé, le droit de l'assuré de démissionner aux conditions prévues à l'article 7 LAMal.

16.2 En cas de fermeture exceptionnelle du modèle MediTel en cours d'année, l'assuré sera transféré, le lendemain de la fermeture, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans le modèle d'assurance de son choix.

16.3 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes où le modèle MediTel n'est pas proposé par Assura, il passe par défaut dans le modèle Basis avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins).

16.4 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

Article 17 – Protection des données

17.1 Vérification de la couverture

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura transmet au centre de télémédecine coordinateur les données nécessaires à l'identification de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, adresse) et à la détermination de sa couverture d'assurance, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission des données d'identification peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.2 Échange de données

17.2.1 En concluant le modèle MediTel, l'assuré, respectivement son représentant légal, autorise l'échange de données médicales entre Assura, le centre de télémédecine coordinateur, les médecins généralistes et spécialistes de l'assuré et le centre d'expertise indépendant. Seules les données nécessaires pour assurer une coordination et un suivi optimaux des traitements ainsi que pour vérifier le caractère efficace, adéquat et économique de ceux-ci

peuvent être communiquées, conformément aux règles en matière de protection des données.

17.2.2 L'assuré, respectivement son représentant légal, autorise également le centre de télémédecine coordinateur, ses médecins généralistes et spécialistes et le centre d'expertise indépendant à échanger les informations médicales nécessaires au traitement.

17.2.3 Pour permettre à Assura de vérifier si l'assuré, respecte les conditions d'assurance du modèle MediTel, le centre de télémédecine coordinateur transmet à Assura les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations, les données d'identification des fournisseurs de prestations et le laps de temps fixé pour le traitement ultérieur.

17.2.4 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura et le centre de télémédecine coordinateur, ainsi qu'entre le centre de télémédecine coordinateur et le centre d'expertise indépendant ou les différents fournisseurs de prestations peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.3 Enregistrement des entretiens téléphoniques

Les entretiens téléphoniques peuvent être enregistrés, archivés et détruits par le centre de télémédecine coordinateur et le centre d'expertise indépendant conformément aux dispositions légales. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et, le cas échéant, présentés devant les instances du tribunal. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, respectivement son représentant légal, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

17.4 Traitement des données par Assura

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, vérifier le respect des conditions du modèle MediTel, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 18 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

Titre 3 – L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Assura-Basis SA