

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins modèle Assura Hôpital de confiance

Edition 01.2027

Titre 1 – Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle Assura Hôpital de confiance 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 Assura Hôpital de confiance 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.

Les dispositions particulières relatives à ce modèle d'assurance de même que l'adhésion et la sortie des assurés découlent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, il est renvoyé aux principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application.

En souscrivant au modèle Assura Hôpital de confiance, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3 ci-après. En contrepartie, il bénéficie d'un rabais sur ses primes d'assurance.

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, conformément aux conditions fixées aux 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 tenu par aucune franchise.

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

2.4 Les prestations spécifiques de maternité sont exemptées de franchise.

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 Les prestations spécifiques de maternité sont exemptées de quote-part.

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. Une imputation de la franchise et de la quote-part déjà facturée n'est opérée qu'à la condition que l'assuré apporte la preuve de cette facturation.

4.3 Les dates du 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 prend en charge le coût des traitements ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins autorisés à 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 traitements.

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. Le passage à une franchise plus élevée n'est possible 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 Assura Hôpital de confiance

Article 10 – Principes du modèle

En souscrivant au modèle Assura Hôpital de confiance, l'assuré ou son représentant légal accepte, en cas de problème de santé et avant toute consultation médicale et/ou tout traitement ambulatoire ou stationnaire, de s'adresser en premier lieu à l'une des instances de premier recours désignées à l'art. 12.1, à savoir le Centre de télémédecine ou son Médecin de famille. **Si cette instance de premier recours n'est pas en mesure de fournir l'ensemble des consultations médicales et/ou des traitements ambulatoires ou stationnaires et qu'une consultation auprès d'un autre fournisseur de prestations s'avère nécessaire, l'assuré ou son représentant légal doit impérativement vérifier qu'il est orienté vers un Établissement agréé par Assura, respectivement vers l'un de ses spécialistes, pour la prise en charge des soins de second recours.** Il accepte également que, à l'exception des consultations fournies par l'instance de premier recours, tous les examens et traitements médicaux ultérieurs soient effectués par **les instances de second recours**, pour autant que cela soit justifié sur le plan médical et que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité soient remplis.

Article 11 – Les différents intervenants

11.1 Centre de télémédecine (instance de premier recours)

Par Centre de télémédecine au sens des présentes conditions, on entend : une société experte en médecine à distance désignée par Assura comme instance de premier recours et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura. Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré une consultation médicale à distance et lui

indique la marche à suivre pour obtenir un traitement approprié.

11.2 Médecin de famille (instance de premier recours)

11.2.1 Par Médecin de famille au sens des présentes conditions, on entend : tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et dont l'assuré aura préalablement communiqué les coordonnées à Assura.

11.2.2 Le changement de Médecin de famille doit être communiqué par l'assuré ou son représentant légal à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin de famille.

11.3 Établissements agréés (instance de second recours)

11.3.1 En tant que fournisseurs de prestations, les Établissements agréés fournissent des consultations médicales et/ou des traitements ambulatoires et stationnaires à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

11.3.2 Assura publie sur assura.ch une liste actualisée des Établissements agréés. Assura peut modifier cette liste en tout temps et de manière unilatérale. **Si l'assuré se rend dans un Établissement agréé qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux de son canton de résidence, il peut devoir supporter des frais supplémentaires.**

11.4 Spécialistes (instance de second recours)

Par 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), exerçant auprès de l'Établissement agréé ou auquel l'Établissement agréé ou le Centre de télémédecine ou le Médecin de famille a adressé l'avis de délégation.

Article 12 – Instances de recours et obligations

12.1 Principes de l'assurance

Avant toute consultation médicale et/ou tout traitement ambulatoire ou stationnaire, l'assuré, ou son représentant légal, s'engage à s'adresser à l'une des instances de premier recours suivantes :

- le Centre de télémédecine, ou
- son Médecin de famille.

12.2 Centre de télémédecine

12.2.1 L'assuré ou son représentant légal peut s'adresser au centre de télémédecine partenaire d'Assura comme instance de premier recours

12.2.2 Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré des conseils médicaux et effectue des consultations médicales à distance. Le cas échéant, il convient avec l'assuré ou son représentant légal d'un traitement approprié, que l'assuré ou son représentant légal s'engage à suivre durant une période déterminée. Si le traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé, il doit s'adresser une nouvelle fois au Centre de télémédecine.

12.2.3 Si la consultation médicale et/ou le traitement nécessitent l'avis d'un médecin généraliste, le Centre de

télémédecine oriente l'assuré vers son Médecin de famille.

12.2.4 Si la consultation médicale et/ou le traitement nécessitent l'avis d'un autre fournisseur de prestations, le Centre de télémédecine oriente l'assuré vers un Établissement agréé, respectivement vers les spécialistes de cet Établissement.

12.2.5 Si les Établissements agréés ne disposent pas d'un spécialiste approprié ou n'offrent pas la spécialité médicale requise, le Centre de télémédecine oriente exceptionnellement l'assuré vers un autre fournisseur de prestations que vers les Établissements agréés.

12.2.6 La consultation fournie par le Centre de télémédecine, à titre d'instance de premier recours, est facturée à l'assuré.

12.3 Médecin de famille

12.3.1 L'assuré ou son représentant légal peut consulter son Médecin de famille comme instance de premier recours.

12.3.2 Le Médecin de famille dispense sa consultation à l'assuré ou à son représentant légal et/ou effectue un traitement. Si une consultation médicale et/ou un traitement ambulatoire ou stationnaire nécessitent l'intervention d'un autre fournisseur de prestations, **l'assuré doit, sous réserve de l'article 12.3.3 ci-après, s'assurer que son Médecin de famille l'adresse à un Établissement agréé ou à ses spécialistes pour bénéficier de cette consultation médicale et/ou de ce traitement ambulatoire ou stationnaire, faute de quoi les conséquences prévues à l'article 14 ci-après s'appliquent.**

12.3.3 Si les Établissements agréés ne disposent pas d'un spécialiste approprié ou de la spécialité médicale requise, le Médecin de famille adresse exceptionnellement l'assuré à un autre fournisseur de prestations que les Établissements agréés.

12.3.4 Si, pour des raisons médicales, le Médecin de famille décide d'adresser l'assuré à un Établissement agréé, à ses spécialistes ou à d'autres fournisseurs de prestations pour une consultation médicale et/ou un traitement ambulatoire ou stationnaire, l'assuré ou son représentant légal s'engage à se procurer auprès de son Médecin de famille un avis de délégation dûment rempli, daté et signé, et à le transmettre à Assura avant la consultation médicale et/ou le traitement ambulatoire ou stationnaire effectués par l'Établissement agréé, par ses spécialistes ou par un autre fournisseur de prestations que l'Établissement agréé.

12.3.5 Si le Médecin de famille adresse l'assuré à un autre fournisseur de prestations ou à un spécialiste en dehors des Établissements agréés pour une consultation médicale et/ou un traitement, alors que des spécialistes appropriés auraient été disponibles dans les Établissements agréés pour cette consultation médicale et/ou ce traitement, les conséquences de l'article 14 ci-dessous s'appliquent.

12.4 Établissements agréés

12.4.1 La consultation et/ou le traitement médical qui n'est pas achevé(e) auprès de l'instance de premier recours doit impérativement être poursuivi(e) auprès d'un Établissement agréé, respectivement de ses spécialistes, sous réserve de l'art. 12.2.3.

12.4.2 L'Établissement agréé et ses spécialistes poursuivent la consultation médicale et/ou le traitement commencé(e) par l'instance de premier recours en

ambulatoire ou en stationnaire et la/le terminent dans un délai médicalement approprié.

12.4.3 La délégation par l'Établissement agréé à d'autres fournisseurs de prestations, resp. à des spécialistes en dehors de l'Établissement agréé, n'est possible que si l'Établissement agréé et ses spécialistes ne sont pas en mesure de mener à bien la consultation médicale et/ou le traitement médical ambulatoire ou stationnaire dans un délai médicalement raisonnable ou s'ils ne disposent pas d'un spécialiste approprié ou n'offrent pas la spécialité médicale requise. L'assuré ou son représentant légal ne peuvent faire valoir un droit de codécision sur cette délégation.

Article 13 – Exceptions

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

13.2. En cas d'urgence avérée 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'article 12 ci-dessus, ceci dès que la situation n'est plus considérée comme urgente.

Article 14 – Sanctions

En cas de violation par l'assuré ou par son représentant légal des obligations découlant de l'art. 12 ci-dessus, Assura lui adresse un avertissement. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 15 – Adhésion au modèle Assura Hôpital de confiance

15.1 Le modèle Assura Hôpital de confiance est réservé aux personnes domiciliées dans une région de primes où Assura propose ce modèle.

15.2 Tout assuré domicilié dans une région de primes où Assura propose ce modèle peut adhérer au modèle Assura Hôpital de confiance à tout moment, avec effet au premier jour du mois suivant.

15.3 En cas de traitement en cours lors de l'adhésion au modèle Assura Hôpital de confiance, l'assuré doit respecter les obligations prévues aux articles 12 et 13.4. Sont exclues les interventions stationnaires qui ont été planifiées avant l'adhésion au modèle Assura Hôpital de confiance et qui ont lieu dans les deux mois suivant l'adhésion de l'assuré au modèle Assura Hôpital de confiance.

Article 16 – Sortie du modèle Assura Hôpital de confiance

16.1 Assura peut supprimer ou modifier le modèle Assura Hôpital de confiance pour la fin d'une année civile. En cas de suppression, l'assuré sera alors transféré au 1er janvier de l'année suivante dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins), avec une franchise identique, ou dans le modèle d'assurance de son choix,

s'il en fait la demande. Demeure réservé, le droit de résiliation de l'assuré, tel que prévu à l'article 7 LAMal.

16.2 En cas de fermeture exceptionnelle du modèle Assura Hôpital de confiance, 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 dans le modèle d'assurance de son choix, s'il en fait la demande.

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

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 (assurance obligatoire des soins) 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 et aux Établissements agréés 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 Assura Hôpital de confiance, l'assuré ou son représentant légal autorise l'échange de données médicales entre Assura, le Centre de télémédecine, le Médecin de famille ainsi que les Établissements agréés. Seules les données strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle Assura Hôpital de confiance peuvent être communiquées, conformément aux règles en matière de protection des données.

17.2.2 L'assuré ou son représentant légal autorise également le Centre de télémédecine et le Médecin de famille à communiquer à l'Établissement agréé ou à ses spécialistes les informations médicales nécessaires au traitement.

17.2.3 Pour permettre à Assura de vérifier si l'assuré ou son représentant légal respecte les conditions d'assurance du modèle Assura Hôpital de confiance, le Centre de télémédecine transmet à Assura les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations, des bons de délégation et le laps de temps fixé pour le traitement ultérieur. À cette même fin, l'Établissement agréé transmet à Assura, si les conditions techniques le permettent, les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations et des délégations à d'autres fournisseurs de prestations ou à des spécialistes en dehors de l'Établissement agréé.

17.2.4 Les entretiens téléphoniques sont enregistrés, archivés et détruits par le Centre de télémédecine et 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, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

17.2.5 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura et le Centre de télémédecine, ainsi qu'entre Assura et les Établissements agréés peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.3 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 Assura Hôpital de confiance, 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