

FAVORIT SANTE

# CONDITIONS SPÉCIALES (CS) POUR LES ASSURANCES IMPLIQUANT UN CHOIX LIMITÉ DES FOURNISSEURS DE PRESTATIONS SELON LA LAMAL.

Edition 2020, valables à compter du 01.01.2020

Pour ces CS, les Conditions générales d'assurance régissant l'assurance des soins et l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal (CGA) sont applicables dans leur intégralité. En cas de contradictions, les CS priment sur les CGA.

## I Généralités

### Art. 1 Conclusion de l'assurance, modification de la variante d'assurance et primes

1. Toute personne remplissant les conditions d'admission légales et dont le domicile légal ou le lieu de travail se situe dans le rayon applicable au régime des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (forme particulière d'assurance) peut conclure ces variantes d'assurance. Demeurent réservées les dispositions légales particulières et le transfert en cas de faute contractuelle. Le cas échéant, les formes particulières d'assurance ne sont pas proposées dans toutes les régions.
2. Si les soins ne peuvent pas ou ne peuvent plus être dispensés dans la variante d'assurance choisie par le fournisseur de prestations choisi pour des raisons qui dépendent de la personne assurée (p. ex. lors du transfert de la personne assurée dans un établissement médico-social ou d'un séjour temporaire à l'étranger), l'assureur est en droit de transférer la personne assurée dans l'assurance des soins ordinaire pour le début d'un mois civil, moyennant un délai de 30 jours.
3. En cas de déménagement hors de la zone d'application de la variante d'assurance choisie, l'assureur transfère la personne assurée dans l'assurance des soins ordinaire pour le début du mois suivant le changement de domicile. Le départ de la zone d'application de la variante d'assurance choisie doit être communiqué à l'assureur dans un délai d'un mois. Si le domicile est transféré dans la zone d'application d'une autre variante d'assurance au choix limité, les personnes assurées ont le droit de maintenir un modèle d'assurance à choix limité dans le cadre d'une variante d'assurance nouvellement choisie.
4. Si le fournisseur de prestations choisi dans la variante d'assurance sélectionnée résilie le contrat passé avec l'assureur, les personnes assurées concernées sont libres d'opter pour un fournisseur de prestations dans la variante d'assurance choisie ou de passer dans l'assurance des soins ordinaire de l'assureur dans un délai d'un mois à compter de la notification écrite de l'assureur. Si aucun nouveau fournisseur de prestations n'est déclaré à l'assureur dans le délai prévu, la personne assurée sera automatiquement transférée dans l'assurance des soins ordinaire de l'assureur au début du mois suivant.
5. Lors de la résiliation du contrat passé entre l'assureur et le fournisseur de prestations ou son réseau, la variante d'assurance choisie cesse d'exister à la fin de l'année. Si aucun changement n'est communiqué pour les formes d'assurance particulières selon l'art. 11, al. 2 des CGA, un passage dans l'assurance des soins ordinaire de l'assureur est effectué automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.
6. Des réductions de primes sont accordées aux personnes assurées dans le cadre de formes particulières d'assurance.

### Art. 2 Exceptions au choix limité des fournisseurs de prestations

Le libre choix des fournisseurs de prestations s'applique dans toutes les formes particulières d'assurance pour les traitements et examens suivants, sauf dispositions contraires dans les conditions spéciales correspondantes:

- a. examens et traitements gynécologiques
- b. consultations pédiatriques jusqu'à 18 ans révolus
- c. examens oculaires exécutés par un spécialiste en ophtalmologie
- d. séjours temporaires à l'étranger jusqu'à six mois
- e. cas d'urgence

Dans le cas où des consultations de contrôle ou des traitements consécutifs s'avèreraient nécessaires par suite d'une consultation d'urgence, ceux-ci devront avoir lieu dans le cadre du choix limité des fournisseurs de prestations de la forme particulière d'assurance concernée.

### Art. 3 Conséquences en cas de faute contractuelle

1. En cas de violation des obligations liées à la forme particulière d'assurance concernée, l'assureur peut réduire les prestations à 50 % de leur montant (après déduction des participations aux coûts légales).
2. En cas de faute contractuelle répétée, la personne assurée sera exclue de la forme particulière d'assurance pour le début du mois suivant la notification et transférée dans l'assurance des soins ordinaire.
3. Un passage renouvelé dans une forme particulière d'assurance peut avoir lieu seulement douze mois après le transfert, pour le début de la prochaine année civile.

### Art. 4 Mesures de soins intégrés et de Care Management

En cas de maladie spécifique (notamment de maladie chronique ou potentiellement chronique), la personne assurée est dans l'obligation de se soumettre à des mesures particulières de soins intégrés à la demande de l'assureur. Celles-ci peuvent s'inscrire par exemple dans le cadre d'un programme de «Disease Management», de «Chronic Care Management», de suivi par le Care Management de l'assureur ou inclure le choix de fournisseurs de prestations particuliers. Les programmes et les fournisseurs de prestations exécutants sont désignés par l'assureur. L'accord concernant la participation aux programmes de soins intégrés et de Care Management est convenu par écrit avec la personne assurée.

## II Champ d'application

### Art. 5 But

1. L'assurance des soins FAVORIT SANTE est une forme particulière d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
2. L'assuré FAVORIT SANTE se déclare disposé à ne se soumettre qu'aux traitements et aux examens des cabinets partenaires SANTE ou à se faire orienter vers des tiers par un tel cabinet.
3. L'assureur responsable est SWICA Assurance-maladie SA.
4. FAVORIT SANTE se fonde sur le principe du suivi médical étendu par les médecins des cabinets partenaires SANTE. L'assureur prend en charge, au titre de FAVORIT SANTE, les prestations d'assurance légales pour les soins ambulatoires et stationnaires, dans la mesure où ces derniers sont prodigués ou prescrits par un médecin des cabinets partenaires SANTE. En cas de nécessité, le médecin du cabinet partenaire SANTE oriente l'assuré vers d'autres spécialistes ou un établissement hospitalier.
5. Pour tous les traitements et examens, la personne assurée s'adresse toujours en premier lieu à son cabinet partenaire SANTE (sous réserve des exceptions mentionnées à l'art. 2). Celui-ci veille, si nécessaire, à ce qu'un traitement et un suivi appropriés soient prodigués par d'autres médecins ou un établissement hospitalier.
6. Si, à la suite d'une urgence, un transfert à l'hôpital ou un traitement par le médecin des urgences est nécessaire, la personne assurée est tenue d'en informer le cabinet partenaire SANTE à la première occasion venue ou de le faire informer. Si une consultation de contrôle s'avérait nécessaire par la suite, c'est le cabinet partenaire SANTE qui devrait s'en charger. Avec l'accord du cabinet partenaire SANTE, la suite du traitement peut également être dispensée par le médecin des urgences ou à l'hôpital aussi longtemps que nécessaire.
7. Si la personne assurée est adressée, par son cabinet partenaire SANTE, à un spécialiste et si celui-ci recommande un traitement et des examens approfondis ou une intervention chirurgicale, la personne assurée est tenue d'en informer à l'avance le cabinet partenaire SANTE ou de le faire informer et de solliciter son accord.
8. Le transfert dans des hôpitaux, des hôpitaux de jour ou des établissements médico-sociaux ainsi que la prescription de services d'aide et de soins à domicile (Spitex) doivent être effectués, sauf dans les cas d'urgence, par le cabinet partenaire SANTE ou avec son accord.
9. En concluant une assurance FAVORIT SANTE, la personne assurée déclare accepter que son cabinet partenaire SANTE puisse consulter les données nécessaires pour ce modèle d'assurance concernant le diagnostic, le traitement et la facturation de ses soins médicaux. Cette forme d'assurance exige en outre un échange de données entre le cabinet partenaire SANTE, l'assureur et des éventuels tiers nécessaires pour fournir les prestations. Il s'agit de données concernant la facturation de la personne assurée. Ces données seront communiquées notamment aux spécialistes, hôpitaux et autres personnes et institutions impliquées dans le cadre de la fourniture de prestations médicales et organisationnelles dans le but de réaliser le contrat d'assurance ou lors d'un changement de cabinet partenaire SANTE.