



EDITION 2019

FAVORIT TELMED

Conditions spéciales (CS) pour les assurances impliquant
un choix limité des fournisseurs de prestations selon la LAMal

Valables à compter du 1.1.2019

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^{er} 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 TELMED est une forme particulière d'assurance.
2. Avant tout traitement ou examen, l'assuré FAVORIT TELMED se déclare disposé à appeler le service téléphonique sante24 pour un entretien conseil et à ne se soumettre qu'aux traitements et examens d'un fournisseur de prestations agréé selon la LAMal.
3. L'assureur responsable est SWICA Assurance-maladie SA.
4. FAVORIT TELMED repose sur le principe du conseil téléphonique préalable à la consultation d'un fournisseur de prestations. L'assureur prend en charge, au titre de FAVORIT TELMED, les prestations d'assurance légales pour les soins ou examens ambulatoires et stationnaires, dans la mesure où un entretien conseil a eu lieu avec sante24, avant toute consultation d'un médecin ou à l'hôpital, et dans la mesure où ces derniers sont prodigués par un fournisseur de prestations agréé selon la LAMal. Les spécialistes de sante24 ne fournissent pas de prestations sur le plan diagnostique ou thérapeutique, mais des recommandations en matière de comportement. La décision quant à la marche à suivre relève de la personne assurée.
5. Lors de l'apparition d'un nouveau problème de santé ou d'un problème de santé survenant à nouveau après la fin d'un traitement ou d'un examen, la personne assurée doit toujours s'adresser d'abord à sante24, avant la première consultation chez le médecin ou à l'hôpital (exceptions, art. 2). Des clarifications téléphoniques peuvent également être effectuées par des tiers, au nom de l'assuré, avec son accord exprès.
6. Si une consultation de contrôle s'avérait nécessaire suite à des soins d'urgence, celle-ci doit être discutée préalablement avec sante24.
7. Le transfert dans des hôpitaux ou des hôpitaux de jour doit être discuté préalablement, sauf dans les cas d'urgence, avec sante24.
8. En complément des exceptions mentionnées à l'art. 2, aucune prise de contact avec le service téléphonique de conseils de santé n'est nécessaire pendant six mois avant un traitement faisant suite à des consultations convenues avec sante24.
9. En dérogation aux exceptions générales pour les enfants, l'obligation d'avoir un entretien conseil préalable avec sante24 s'applique également pour les consultations pédiatriques dès l'âge de 12 ans révolus.
10. En concluant une assurance FAVORIT TELMED, la personne assurée déclare accepter que sante24 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 sante24, 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.
11. Les conseils dispensés par sante24 sont gratuits. La personne assurée paie son appel selon le tarif téléphonique usuel. Les entretiens téléphoniques sont enregistrés et archivés par sante24. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuve. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par la personne assurée, l'assureur n'a aucun accès à ces informations.

SWICA Organisation de santé

Votre santé d'abord

Téléphone 0800 80 90 80 (7x24 h), swica.ch

