

FAVORIT MULTICHOICE

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

Edition 2023, valables à compter du 01.01.2023

CONDITIONS SPÉCIALES FAVORIT MULTICHOICE.

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 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 légaux).
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 MULTICHOICE est une forme particulière d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
2. La personne assurée dans le cadre de FAVORIT MULTICHOICE se déclare disposée à choisir sous quelle forme elle veut établir un premier contact. Cela peut être un conseil auprès d'une pharmacie partenaire, une consultation téléphonique avec le service de télémédecine santé24 ou bien le recours à l'application numérique SymptomCheck («application SymptomCheck»).
3. L'assureur responsable est SWICA Assurance-maladie SA.
4. FAVORIT MULTICHOICE repose sur le principe de la consultation d'une pharmacie partenaire, d'une consultation téléphonique avec santé24 ou bien d'une consultation à l'aide de l'application SymptomCheck, qui précède la consultation d'un fournisseur de prestations figurant dans le répertoire MULTICHOICE. L'assureur prend en charge, au titre de FAVORIT MULTICHOICE, les prestations d'assurance légales pour les soins ou examens ambulatoires et stationnaires, dans la mesure où, avant toute consultation auprès d'un médecin ou à l'hôpital, la consultation d'une pharmacie partenaire, une consultation téléphonique avec santé24 ou une consultation à l'aide de l'application SymptomCheck a eu lieu en premier recours, et que les recommandations correspondantes ont été suivies. Les traitements et examens doivent être dispensés par un fournisseur de prestations agréé selon le répertoire MULTICHOICE (médecin, hôpital, pharmacie, etc.).
5. Pour tous les éventuels traitements, examens ou achats de médicaments, la personne assurée choisit un fournisseur de prestations figurant dans le répertoire MULTICHOICE.
6. En dérogation à l'art. 2, la personne assurée doit choisir un fournisseur de prestations figurant dans le répertoire MULTICHOICE pour les traitements et examens gynécologiques, ophtalmologiques et pédiatriques. Aucune prise de contact préalable avec une pharmacie partenaire ou santé24 ni aucune consultation à l'aide de l'application SymptomCheck n'est requise dans ce cas.

7. En concluant le modèle d'assurance FAVORIT MULTICHOICE, la personne assurée déclare accepter que santé24 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 santé24, l'assureur et des éventuels tiers nécessaires pour fournir les prestations (médecins, hôpitaux, etc.). 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.
8. L'application SymptomCheck émet des recommandations. Il s'agit d'une application gratuite. Les conseils dispensés par santé24 sont gratuits. La personne assurée paie son appel selon le tarif téléphonique usuel. À chaque consultation SymptomCheck, la personne assurée peut choisir d'autoriser ou non l'accès aux données pour santé24. Sans cette validation, santé24 n'a aucun accès aux données saisies par la personne assurée. Ces données ainsi que les entretiens téléphoniques menés sont archivés par santé24 dans le respect des prescriptions en matière de protection des données. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuve. santé24 est un fournisseur de prestations médical indépendant et fait partie du Groupe SWICA. Aucun échange automatique des données n'a lieu entre SWICA Assurance-maladie SA et santé24. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par la personne assurée, l'assureur n'a aucun accès à ces informations.
9. Protection des données dans l'application SymptomCheck
Le fournisseur de l'application SymptomCheck est responsable de l'exploitation et de la mise sur le marché de l'application. Des informations à ce sujet sont disponibles dans les dispositions relatives à la protection des données de l'application SymptomCheck. SWICA Assurance-maladie SA, Römerstrasse 38, 8400 Winterthour, demeure responsable du traitement des données. Les données sont traitées conformément aux dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et de la loi fédérale sur la protection des données (LPD). L'exécution de FAVORIT MULTICHOICE ne peut se faire sans l'installation de l'application SymptomCheck. Les dispositions relatives à la protection des données de l'application SymptomCheck s'appliquent à l'utilisation de l'application SymptomCheck. L'application SymptomCheck est un dispositif médical de classe I conformément à l'Ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim; RS 812.213); elle est par conséquent soumise aux dispositions légales régissant les dispositifs médicaux. L'utilisation de l'application SymptomCheck présuppose une vérification des conditions techniques requises avant toute adhésion à ce modèle d'assurance.
Les buts du traitement des données, les catégories de données traitées, les modalités du traitement des données et les éventuelles parties tierces impliquées sont décrits dans les dispositions relatives à la protection des données de l'application SymptomCheck. Les dispositions relatives à la protection des données doivent être communiquées avant l'adhésion au modèle d'assurance FAVORIT MULTICHOICE.

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

