

FAVORIT MULTICHOICE

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

Édition 2025, valables à compter du 01.01.2025

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 DU MODÈLE D'ASSURANCE ET PRIMES

1. Toute personne remplissant les conditions d'admission légales peut conclure ce modèle d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (forme particulière 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 le modèle d'assurance choisi 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 préavis de 30 jours.
3. En cas de déménagement hors de la zone d'application du modèle d'assurance choisi, 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 du modèle d'assurance choisi doit être communiqué à l'assureur dans un délai d'un mois. Si le domicile est transféré dans la zone d'application d'un autre modèle d'assurance à choix limité, les personnes assurées ont le droit de maintenir leur assurance dans cet autre modèle à choix limité.
4. Si le modèle d'assurance choisi n'est plus proposé, la personne assurée est automatiquement transférée, à la date de la suppression de ce modèle et en maintenant la franchise choisie, dans un modèle d'assurance comparable impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations ou, à défaut, dans le modèle standard de l'assureur. La personne assurée peut également faire valoir son droit de résiliation selon l'art. 7 LAMal ou, en respectant le délai de préavis légal, opter pour un autre modèle d'assurance de l'assureur.
5. Des réductions de primes peuvent être 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 ET PARCOURS DE SOINS

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, avant tout traitement médical ou examen, à consulter une pharmacie partenaire, à faire appel au conseil téléphonique de santé24 ou à utiliser une application numérique d'examen des symptômes (ci-après «l'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, du recours au conseil téléphoniques de santé24 ou de l'utilisation de l'application SymptomCheck préalablement à 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, le recours au conseil téléphonique de santé 24 ou l'utilisation 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.

ART. 6 PROTECTION DES DONNÉES

1. santé24 est l'un des prestataires de premier recours au sens de l'art. 5, chiffre 2 des présentes CS. Le service santé24 peut être contacté par téléphone, ou par écrit au moyen du canal en ligne mis à disposition. La personne assurée est libre de suivre ou non les éventuelles recommandations de santé24.

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 implique en outre un échange de données entre santé24, l'assureur et d'éventuels tiers dont l'implication est nécessaire 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 à des fins d'exécution du contrat d'assurance. Les conseils dispensés par santé24 sont gratuits. La personne assurée paie son appel au tarif téléphonique usuel. Les informations que la personne assurée transmet par voie électronique ainsi que les entretiens téléphoniques sont enregistrés et archivés par santé24 conformément aux prescriptions légales applicables en matière de protection des données. En cas de litige, ces informations et enregistrements peuvent être utilisés comme moyens de preuve. L'assureur ne peut pas accéder directement à ces informations, à moins que la personne assurée ne lui ait donné une procuration l'y autorisant.

2. L'application SymptomCheck, une offre du partenaire de télémédecine santé24, est l'un des prestataires de premier recours au sens de l'art. 5, chiffre 2 des présentes CS. L'application fournit des recommandations pour la procédure à suivre en cas de problèmes de santé. Dans l'application SymptomCheck, la personne assurée doit répondre aux questions concernant son état de santé, puis valider l'envoi des données à santé24. La personne assurée est libre de suivre ou non les recommandations qui lui sont communiquées par l'application SymptomCheck ou, dans le cadre d'un conseil subséquent, par santé24. Aucune donnée n'est transmise à santé24 sans le consentement de la personne assurée. Si la personne assurée décide de s'opposer à une transmission des données dans l'application, elle est alors tenue, afin de respecter le parcours de soins du modèle d'assurance, de contacter santé24 par téléphone ou par le canal numérique. L'utilisation de l'application SymptomCheck est gratuite.

Pour pouvoir utiliser l'application SymptomCheck, la personne assurée doit l'installer sur un terminal mobile compatible (p. ex. un smartphone). Lors de l'enregistrement, la personne assurée doit saisir ses données de base, notamment à des fins d'identification dans l'application et d'identification ultérieure par santé24. Sur la base de ces données, un compte utilisateur est créé dans l'application SymptomCheck. Pour la première configuration de l'application SymptomCheck, la personne assurée peut demander à SWICA les données nécessaires. Dans le cadre de l'utilisation de l'application SymptomCheck, seules sont collectées les données que la personne assurée saisit elle-même dans l'application. Afin que l'application SymptomCheck puisse émettre des recommandations pour la suite du parcours de soins, la personne assurée doit fournir des données aussi détaillées que possible concernant son état de santé et les troubles dont elle est atteinte. Dans ce contexte, des données sensibles peuvent être collectées, notamment des données sur la santé et des données sur la sphère intime. Des informations complémentaires sur le traitement des données sont disponibles dans les conditions d'utilisation et dispositions de protection des données de l'application SymptomCheck.