

# Assurance obligatoire des soins

selon la loi fédérale sur  
l'assurance-maladie (LAMal)

Organisme d'assurance: Sanitas Assurances de base SA

Édition de janvier 2009  
Version 2022

<b>Basic</b>	<b>2</b>
<b>CallMed</b>	<b>6</b>
<b>CareMed</b>	<b>8</b>
<b>NetMed</b>	<b>10</b>
<b>Medbase MultiAccess</b>	<b>12</b>
<b>Compact One</b>	<b>16</b>

# Basic

## Assurance obligatoire des soins

**Organisme d'assurance: Sanitas Assurances de base SA**

Édition de janvier 2009  
Version 2022

### **Aperçu de l'assurance**

L'assurance obligatoire des soins (assurance de base) prend en charge les coûts de traitement en cas de maladie, d'accident et de maternité dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Elle peut être conclue avec une franchise ordinaire ou à option et comme modèle d'assurance alternatif au sens d'une forme particulière d'assurance.

Les conditions générales d'assurance (CGA) contiennent les dispositions générales pour l'assurance de base Basic. Celles-ci s'appliquent également aux modèles d'assurance alternatifs tant que les conditions complémentaires valables pour le modèle correspondant ne stipulent pas d'autre disposition.

## Étendue de l'assurance

### 1 Bases de l'assurance

- 1 Pour toute question non réglementée spécifiquement dans les présentes conditions générales d'assurance (CGA), la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ainsi que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et les ordonnances correspondantes sont déterminantes.
- 2 Le droit fédéral et le droit cantonal prévalent sur les présentes conditions générales d'assurance dans l'ordre précité.
- 3 Les conditions complémentaires (CC) correspondantes s'appliquent en complément lors de la conclusion d'un modèle d'assurance alternatif (forme spéciale de l'assurance obligatoire des soins).
- 4 Le texte rédigé au masculin s'applique par analogie également aux personnes de sexe féminin.

### 2 Objet de l'assurance

Sanitas Assurances de base SA (ci-après Sanitas) assure les suites économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident. Le risque accidents est coassuré s'il figure sur la police d'assurance.

### 3 Termes

- 1 Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.
- 2 La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.
- 3 Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident sont considérées comme des accidents.

### 4 Champ d'application territorial

Le champ d'application territorial se fonde sur les dispositions de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

## Prestations

### 5 Étendue des prestations

Les prestations légales sont remboursées.

### 6 Participation aux coûts

La participation aux coûts des assurés se compose comme suit:

- la franchise;
- la quote-part en pour cent;
- la contribution aux frais de séjour hospitalier.

### 7 Suppression du droit aux prestations

Aucune prestation n'est payée pour les traitements et les mesures qui ne sont pas efficaces, appropriés ou économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques.

### 8 Prestations de tiers

- 1 Au sens de l'article 28 de la LPGA, la personne assurée est tenue d'informer immédiatement Sanitas de toute prestation de tiers (p. ex. assurance accidents, assurance responsabilité civile, assurance militaire ou assurance invalidité) ainsi que des accords sur des indemnités sous forme de capital, pour autant que Sanitas doive allouer des prestations dans le même cas d'assurance.
- 2 Si Sanitas alloue des prestations à la place de tiers, la personne assurée doit lui céder ses droits dans l'étendue de l'obligation d'allouer les prestations de Sanitas.
- 3 Les accords conclus par les assurés avec des tiers ne sont pas contraignants pour Sanitas.

### 9 Responsabilité

La responsabilité des prestations thérapeutiques et diagnostiques incombe exclusivement au fournisseur de prestations choisi par la personne assurée.

## Obligations et justification des prétentions

### 10 Obligations générales

L'assuré doit se conformer aux prescriptions des médecins ou des autres fournisseurs de prestations et veiller au caractère économique du traitement.

### 11 Justification des prétentions

- 1 Pour faire valoir un droit à des prestations d'assurance, les factures originales détaillées doivent être adressées à Sanitas au plus tard cinq ans après la facturation. Passé ce délai, tout droit aux prestations s'éteint.
- 2 Si des prescriptions médicales font partie de la justification des prétentions, il faut en remettre les originaux.
- 3 Pour faire valoir un droit à des prestations d'accident, le formulaire de déclaration d'accident doit également être remis.

### 12 Factures établies à l'étranger

Les factures et documents provenant de l'étranger doivent être soumis en allemand, français, italien ou anglais. Une traduction doit être jointe aux factures et documents rédigés dans d'autres langues. Restent réservées les réglementations des accords sur la libre circulation des personnes avec les États de l'UE/AELE.

### 13 Cession et mise en gage des prestations

La personne assurée ne doit ni céder ni mettre en gage ses créances envers Sanitas sans le consentement de celle-ci. Reste réservée la cession de créances à des fournisseurs de prestations.

## Début et fin de l'assurance

### 14 Début de l'assurance

Le début de l'assurance est déterminé par les dispositions légales. Sanitas envoie une police d'assurance comme confirmation de la couverture d'assurance.

### 15 Modifications d'assurance

- 1 La franchise peut être adaptée au 1<sup>er</sup> janvier; en cas de changement pour une franchise plus basse, les délais de résiliation selon le chiffre 17 doivent être respectés.
- 2 La couverture accidents peut être exclue si une assurance accidents obligatoire selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) peut être attestée (accidents professionnels et non professionnels). L'exclusion s'effectue au plus tôt au 1<sup>er</sup> du mois suivant la demande écrite.
- 3 L'inclusion de la couverture accidents a lieu immédiatement au terme de l'assurance accidents obligatoire selon la LAA. La suppression de l'assurance accidents doit être annoncée à Sanitas dans les 30 jours.

### 16 Suspension

L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal est suspendue pour les assurés qui sont soumis à l'assurance militaire pendant plus de 60 jours consécutifs. La communication doit parvenir à Sanitas au minimum huit semaines avant le début du service militaire. En cas de communication tardive, la suspension a lieu à la prochaine date possible, mais au plus tard huit semaines après la communication. Sanitas compense les primes payées d'avance avec les primes dues ultérieurement ou les restitue. De son côté, la personne assurée est tenue d'informer Sanitas de la fin anticipée du service militaire. La durée de la suspension est alors réduite en conséquence.

### 17 Résiliation de l'assurance

- 1 Si l'assuré change d'assureur, il peut résilier le contrat au 31 décembre en observant un préavis de trois mois et, si aucun modèle d'assurance alternatif ni aucune franchise à option n'ont été convenus, au 30 juin.
- 2 En outre, en cas d'annonce d'une nouvelle prime, la résiliation peut prendre effet à la fin du mois précédant le début de validité de la nouvelle prime, moyennant un délai de résiliation d'un mois.
- 3 L'assurance prend fin à la réception de la confirmation d'admission du nouvel assureur.

### 18 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin

- en cas de résiliation de l'assurance selon le chiffre 17;
- si l'assuré n'est plus soumis à l'obligation d'assurance;
- pour les frontaliers selon l'art. 7, al. 4 OAMal;
- pour les assurés qui ne sont pas soumis à la législation suisse sur l'aide sociale selon l'art. 9 OAMal;
- en cas de décès de l'assuré.

## Primes

### 19 Paiement des primes et échéance

- 1 Les primes sont dues au 1<sup>er</sup> du mois concerné. Les paiements peuvent être effectués annuellement, semestriellement, trimestriellement, bimestriellement ou mensuellement, l'année d'assurance commençant au 1<sup>er</sup> janvier. Si la facture est établie à une adresse à l'étranger, seul le paiement de primes annuel, semestriel ou trimestriel est possible.
- 2 Si le contrat d'assurance est résilié avant son expiration, les primes pour la période d'assurance non écoulée sont remboursées.
- 3 L'assuré n'a pas le droit de compenser des primes dues par des prestations à percevoir.

### 20 Somation et conséquences de la demeure

- 1 Si, malgré la sommation, la personne assurée ne paie pas des primes ou des participations aux coûts échues et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure de poursuite, Sanitas suspend la prise en charge des prestations jusqu'à ce que les arriérés, y compris les frais de sommation, les intérêts moratoires et les frais de poursuite, soient payés intégralement. Parallèlement, Sanitas informe l'autorité cantonale compétente pour le maintien de l'obligation d'assurance de la suspension des prestations.
- 2 En cas de résiliation de l'assurance selon le chiffre 17, le passage à un nouvel assureur n'est possible qu'après le paiement complet des arriérés, y compris les frais de sommation, les intérêts moratoires et les frais de poursuite.
- 3 Si, en dépit d'une sommation et d'une information sur les conséquences du retard de paiement, la personne assurée résidant dans un État de l'UE ou de l'AELE qui est soumise à l'Accord sur la libre circulation des personnes ne règle pas ses primes ou ses participations aux coûts arriérés, la prise en charge des prestations peut être suspendue jusqu'à ce que la totalité des arriérés soit payée.
- 4 Sanitas facture des frais et des intérêts moratoires raisonnables en cas de sommations et de poursuites.

## Divers

### 21 Acceptation de la police d'assurance

Si le contenu de la police d'assurance ou des avenants y relatifs ne concorde pas avec les accords passés, le preneur d'assurance doit alors exiger sa correction dans les quatre semaines suivant la réception de la police d'assurance. Si le preneur d'assurance ne se manifeste pas, la police d'assurance est considérée comme acceptée.

### 22 Saisie et traitement des données

- 1 Sanitas garantit le respect de la protection des données selon les dispositions du droit suisse, notamment de la loi fédérale sur la protection des données (LPD) et spécialement de l'article 33 de la LPGA et des articles 84 ss de la LAMal.
- 2 Dans le cadre des dispositions légales, Sanitas peut se procurer toutes les informations nécessaires à l'exécution de l'assurance, saisir les données sur un support électronique ou les transmettre à des tiers pour traitement.

### 23 Versement des prestations

- 1 Sanitas verse ses prestations sur un compte postal ou bancaire. Si les versements sont exigés par le biais d'un autre moyen de paiement, Sanitas est en droit de percevoir une indemnité pour les frais supplémentaires occasionnés. Les versements sont effectués à des adresses en Suisse ou dans les États de l'UE/AELE si la personne assurée a élu domicile dans le pays correspondant et si elle est soumise à l'Accord sur la libre circulation des personnes.
- 2 Si Sanitas est débitrice d'honoraires envers le fournisseur de prestations en vertu de conventions, elle lui verse ses prestations et facture la participation aux coûts à la personne assurée.
- 3 Sanitas peut compenser des créances vis-à-vis de la personne assurée par des prestations s'il n'existe pas de suspension des prestations au sens de l'article 20, al. 1 des présentes CGA.

### 24 Communications / adresse de contact

- 1 Les changements de nom et d'adresse, resp. d'adresse de contact, doivent être annoncés à Sanitas par écrit dans un délai de 30 jours. Si cette communication est omise, c'est la dernière adresse communiquée qui fait foi pour l'envoi de la correspondance juridiquement valable.
- 2 Pour les séjours à l'étranger d'une durée de plus de trois mois, une adresse de contact en Suisse doit être communiquée à Sanitas. Cela ne vaut pas pour un transfert du domicile de droit civil dans un État membre de l'UE ou de l'AELE si la personne assurée est soumise à l'Accord sur la libre circulation des personnes.
- 3 L'adresse indiquée sur la police d'assurance sert d'adresse de livraison pour les communications ou les justifications des prétentions.

### 25 Ajustement des conditions d'assurance

Les modifications des présentes conditions générales d'assurance (CGA) et des conditions complémentaires (CC) des modèles d'assurance alternatifs ainsi que les autres informations à caractère contraignant sont communiquées à la personne assurée par écrit ou par publication dans le magazine des clients.

### 26 Obligation d'assurance dans les États membres de l'UE/AELE

Les personnes assurées domiciliées dans un État de l'UE ou de l'AELE, soumises à l'Accord sur la libre circulation des personnes, ont l'obligation d'annoncer à Sanitas dans les 30 jours toute modification concernant l'obligation d'assurance.

### 27 Voies de droit

- 1 Si la personne assurée n'est pas d'accord avec une décision de Sanitas, elle peut, dans un délai raisonnable, exiger de Sanitas que celle-ci rende une décision écrite motivée en indiquant les voies de recours.
- 2 Une décision peut être attaquée dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de Sanitas. Sanitas examine cette opposition et rend une décision sur opposition écrite motivée en indiquant les voies de recours.
- 3 Un recours contre la décision sur opposition de Sanitas peut être déposé dans les 30 jours auprès du Tribunal cantonal des assurances. Le Tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de la personne assurée ou de l'autre partie ayant formé le recours.
- 4 Un recours peut aussi être formé lorsque Sanitas ne rend pas de décision ni de décision sur opposition, bien qu'une demande ait été faite à ce sujet.
- 5 Conformément à la loi fédérale d'organisation judiciaire, un recours peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre un jugement rendu par un Tribunal cantonal des assurances.

# CallMed

## Assurance de base avec premier conseil par téléphone

Édition de janvier 2009  
Version 2022

### Aperçu de l'assurance

CallMed est un modèle d'assurance alternatif (forme particulière d'assurance) de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Lors de la conclusion de CallMed, la personne assurée déclare être d'accord de consulter par téléphone le centre de conseil médical avant un traitement médical. Ce centre est joignable 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Il conseille les assurés en cas de problèmes de santé et donne des recommandations pour la suite du traitement. Dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la personne assurée peut choisir librement un éventuel fournisseur de prestations.

## Réglementations du modèle d'assurance

### 1 Bases de l'assurance

Pour toute question non réglementée spécifiquement dans ces conditions complémentaires, les conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance de base Basic font foi.

### 2 Obligations découlant du modèle d'assurance

- 1 Avant un traitement médical, la personne assurée prend contact par téléphone avec le centre de conseil médical. Celui-ci conseille la personne assurée sur le plan médical et lui recommande la voie de traitement optimale que la personne assurée respectera de manière appropriée par la suite.
- 2 S'il ressort de l'entretien de conseil qu'un traitement médical est indiqué, le centre de conseil médical convient avec la personne assurée d'un laps de temps pendant lequel le traitement médical devra être effectué chez un fournisseur de prestations choisi librement. Cela est aussi valable dans l'éventualité où le transfert à un autre fournisseur de prestations serait nécessaire. Si ce laps de temps ne suffit pas pour le traitement, la personne assurée prend à nouveau contact avec le centre de conseil médical avant la fin du délai.

### 3 Exceptions à l'obligation de se faire conseiller

- 1 En cas d'urgence, il n'est pas obligatoire de prendre d'abord contact avec le centre de conseil médical. Dans ce cas, le traitement effectué doit être annoncé au centre de conseil médical dès que possible, mais au plus tard dans les dix jours après le début du traitement.

Il y a urgence quand l'état de la personne assurée est jugé par celle-ci ou par des tiers comme représentant un danger de mort ou nécessitant un traitement immédiat.

- 2 Il n'est pas nécessaire de prendre contact avec le centre de conseil médical dans les cas suivants:
  - examens gynécologiques préventifs;
  - examens de maternité, y compris accouchement;
  - vaccinations;
  - traitements dentaires.

### 4 Violation de l'obligation de se faire conseiller

- 1 Si, avant un traitement médical, la personne assurée renonce à se faire conseiller en premier par le centre de conseil médical, Sanitas transfère la personne assurée dans l'assurance de base Basic après un rappel. Le transfert aura lieu le 1<sup>er</sup> du mois suivant après la communication écrite de Sanitas.
- 2 Si, à plusieurs reprises, la personne assurée ne respecte pas de manière appropriée la recommandation du centre de conseil médical concernant le traitement envisagé, Sanitas se réserve le droit de transférer la personne assurée dans l'assurance de base Basic.
- 3 Un retour à CallMed n'est plus possible pendant les deux années suivant le transfert.

## Modifications d'assurance

### 5 Modifications d'assurance par la personne assurée

- 1 Il est possible de passer de l'assurance de base ordinaire Basic à CallMed au début de chaque mois.
- 2 Le passage de CallMed à l'assurance de base Basic ou à un autre modèle d'assurance alternatif n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier. Les délais de résiliation énoncés au chiffre 17 des conditions générales d'assurance (CGA) s'appliquent.

### 6 Modifications d'assurance par Sanitas

- 1 Sanitas transfère CallMed dans l'assurance de base Basic quand
  - la personne assurée ne peut plus remplir la condition de la prise de contact par téléphone avant un traitement médical;
  - la personne assurée reste plus de trois mois à l'étranger;
  - la personne assurée ne respecte pas l'obligation de se faire conseiller selon le chiffre 4.

À l'exception de la réglementation selon le chiffre 4, al. 1, le transfert est effectué au 1<sup>er</sup> du mois suivant en respectant un délai de 30 jours.
- 2 Sanitas peut supprimer l'assurance CallMed à la fin d'une année civile en respectant un préavis de deux mois. La personne assurée est ainsi transférée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante dans l'assurance de base Basic ou, si elle le désire, dans un autre modèle d'assurance alternatif.

# CareMed

## Assurance de base avec choix d'un médecin de famille

Édition de janvier 2009  
Version 2022

### Aperçu de l'assurance

CareMed est un modèle d'assurance alternatif (forme particulière d'assurance) de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Lors de la conclusion de CareMed, la personne assurée déclare être d'accord de consulter le médecin de famille qu'elle aura choisi pour tout traitement médical. Ce médecin est le premier interlocuteur de la personne assurée pour toute question médicale. Si cela s'avère nécessaire, le médecin de famille adresse la personne assurée chez un spécialiste, à du personnel médical auxiliaire ou à l'hôpital pour la suite du traitement.



## Réglementations du modèle d'assurance

### 1 Bases de l'assurance

Pour toute question non réglementée spécifiquement dans ces conditions complémentaires, les conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance de base Basic font foi.

### 2 Obligations découlant du modèle d'assurance

- 1 Lors de la conclusion de CareMed, la personne assurée choisit un médecin de famille et informe Sanitas de son choix.
- 2 Lorsqu'un traitement médical est nécessaire, la personne assurée consulte le médecin de famille qu'elle a choisi. Celui-ci effectue l'examen et le traitement nécessaire ou, en cas de besoin, envoie la personne assurée chez un autre fournisseur de prestations.
- 3 Si le médecin de famille choisi n'est pas joignable (p. ex. en vacances), la personne assurée s'adresse à son remplaçant. Lors d'une absence prolongée du médecin de famille, la personne assurée peut en choisir un autre pour la durée de l'absence. La personne assurée l'annonce à Sanitas au plus tard après la première consultation.
- 4 Si le médecin de famille n'exerce plus en cabinet privé, la personne assurée annonce son nouveau médecin de famille à Sanitas au plus tard après la première consultation.
- 5 Dans des cas justifiés, la personne assurée peut changer de médecin de famille. Elle l'annonce à Sanitas au plus tard après la première consultation chez son nouveau médecin de famille.

### 3 Exceptions à l'obligation de consulter le médecin de famille

- 1 En cas d'urgence, il n'est pas obligatoire de consulter le médecin de famille choisi. Après le premier traitement auprès d'un autre fournisseur de prestations, la suite éventuelle du traitement ou les contrôles ultérieurs doivent être effectués, dans la mesure du possible, par le médecin de famille.

Il y a urgence quand l'état de la personne assurée est jugé par celle-ci ou par des tiers comme représentant un danger de mort ou nécessitant un traitement immédiat.

- 2 Les examens et traitements suivants peuvent être effectués par un spécialiste reconnu sans l'accord du médecin de famille choisi:
  - examens gynécologiques préventifs;
  - examens de maternité, y compris accouchement;
  - examens de la vue périodiques;
  - traitements dentaires.

### 4 Violation de l'obligation de consulter le médecin de famille

- 1 Si la personne assurée bénéficie de prestations médicales auprès de fournisseurs de prestations sans avoir consulté son médecin de famille au préalable, Sanitas transfère la personne assurée dans l'assurance de base Basic après un rappel. Le transfert aura lieu le 1<sup>er</sup> du mois suivant après la communication écrite de Sanitas.
- 2 Un retour à CareMed n'est plus possible pendant les deux années suivant le transfert.

## Modifications d'assurance

### 5 Modifications d'assurance par la personne assurée

- 1 Le passage de l'assurance de base ordinaire Basic à CareMed est possible au début de chaque mois.
- 2 Le passage de CareMed à l'assurance de base Basic ou à un autre modèle d'assurance alternatif n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier. Les délais de résiliation selon le chiffre 17 des conditions générales d'assurance s'appliquent.

### 6 Modifications d'assurance par Sanitas

- 1 Sanitas opère un transfert de CareMed dans l'assurance de base Basic quand
  - le traitement médical par le médecin de famille choisi n'est plus possible;
  - la personne assurée reste plus de trois mois à l'étranger;
  - la personne assurée ne respecte pas l'obligation de consulter le médecin de famille selon le chiffre 4.À l'exception de la réglementation selon le chiffre 4, le transfert est effectué au 1<sup>er</sup> du mois suivant en respectant un délai de 30 jours.
- 2 Sanitas peut supprimer l'assurance CareMed à la fin d'une année civile en respectant un préavis de deux mois. La personne assurée est ainsi transférée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante dans l'assurance de base Basic ou, si elle le désire, dans un autre modèle d'assurance alternatif.

## Divers

### 7 Saisie et traitement des données

- 1 Lors de la conclusion de CareMed, la personne assurée autorise le médecin de famille qu'elle a choisi ou un tiers autorisé par celui-ci à consulter les données relatives aux traitements et aux factures des soins médicaux dont elle a bénéficié.
- 2 Sanitas est en droit de transmettre les données nécessaires à l'exécution de CareMed au médecin de famille choisi par la personne assurée ou à un tiers autorisé par ce médecin, en respectant les directives relatives au secret professionnel et à la protection des données.

# NetMed

## Assurance de base avec choix d'un médecin de famille coordonnant

Édition de janvier 2009  
Version 2022

### Aperçu de l'assurance

NetMed est un modèle d'assurance alternatif de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). NetMed peut regrouper plusieurs modèles (variantes) avec diverses réductions de primes. Lors de la conclusion de NetMed, la personne assurée choisit un médecin de famille actif au sein d'un réseau de médecins reconnu par Sanitas (médecin coordonnant). Sanitas conclut à ces fins des contrats de coopération avec des réseaux de médecins.

Les médecins de famille sont attribués à une variante de NetMed. Cette attribution dépend de l'appartenance du médecin de famille à un réseau de médecins. L'attribution à une variante peut changer au début d'une année civile. L'attribution est publiée en ligne ([www.sanitas.com](http://www.sanitas.com)) et peut être demandée à Sanitas.

La personne assurée s'engage à consulter le médecin coordonnant pour tout traitement médical. Ce médecin est responsable de l'entier du suivi et du traitement de la personne assurée lors de tout problème de santé. Si cela s'avère nécessaire, le médecin coordonnant envoie la personne assurée chez un spécialiste, du personnel médical auxiliaire ou à l'hôpital pour la suite du traitement.

## Règlementations du modèle d'assurance

### 1 Bases de l'assurance

Pour toute question non réglementée spécifiquement dans ces conditions complémentaires, les conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance de base Basic font foi.

### 2 Obligations découlant du modèle d'assurance

- 1 Lors de la conclusion de NetMed, la personne assurée choisit un médecin de famille actif au sein d'un réseau de médecins (nommé ci-après médecin coordonnant) et l'annonce à Sanitas. Sanitas tient une liste des médecins coordonnants qu'elle reconnaît. Cette liste est régulièrement mise à jour et peut être consultée chez Sanitas; un extrait peut également être demandé.
- 2 Lorsqu'un traitement médical est nécessaire, la personne assurée consulte le médecin coordonnant qu'elle a choisi. Celui-ci effectue l'examen et le traitement nécessaire ou, en cas de besoin, envoie la personne assurée chez un autre fournisseur de prestations.
- 3 La personne assurée peut changer le médecin coordonnant ou la variante qu'elle a choisie dans des cas exceptionnels dûment justifiés (p. ex. cessation de l'activité de médecin, cession du cabinet). S'il n'est pas possible de choisir un médecin dans le même réseau de médecins ou dans la même variante (aucune disponibilité ou arrêt de l'admission de nouveaux patients), il est possible de choisir un médecin dans une autre variante au sein du produit NetMed. La personne assurée l'annonce à Sanitas au plus tard après la première consultation chez le nouveau médecin coordonnant.

### 3 Exceptions à l'obligation de consulter le médecin coordonnant

- 1 Le traitement par le médecin coordonnant est indiqué en cas d'urgence également. Si cela s'avère impossible, la personne assurée informe son médecin coordonnant dans les dix jours suivant le traitement suivi hors du cabinet médical de celui-ci. La suite éventuelle du traitement ou les contrôles ultérieurs doivent être effectués, dans la mesure du possible, par le médecin coordonnant.

Il y a urgence quand l'état de la personne assurée est jugé par celle-ci ou par des tiers comme représentant un danger de mort ou nécessitant un traitement immédiat.

- 2 Les examens suivants peuvent être effectués directement par un spécialiste reconnu:
  - examens gynécologiques préventifs;
  - examens de maternité, y compris accouchement;
  - examens de la vue périodiques.Pour tout autre traitement gynécologique ou oculaire auprès d'un spécialiste reconnu, le médecin coordonnant doit absolument y avoir envoyé la personne assurée.
- 3 Les traitements dentaires peuvent être directement effectués par un spécialiste reconnu sans devoir en informer le médecin coordonnant.

### 4 Violation de l'obligation de consulter le médecin coordonnant

- 1 Si la personne assurée bénéficie de prestations médicales auprès de fournisseurs de prestations sans y avoir été envoyée par son médecin coordonnant, Sanitas transfère la personne assurée dans l'assurance de base Basic après un rappel. Le transfert aura lieu le 1<sup>er</sup> du mois suivant après la communication écrite de Sanitas.
- 2 Un retour à NetMed n'est plus possible pendant les deux années suivant le transfert.

## Modifications d'assurance

### 5 Modifications d'assurance par la personne assurée

- 1 Il est possible de passer de l'assurance de base ordinaire Basic à NetMed au début de chaque mois.
- 2 Le passage de NetMed à l'assurance de base Basic ou à un autre modèle d'assurance alternatif n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier (sous réserve du chiffre 2, al. 3). Les délais de résiliation selon le chiffre 17 des conditions générales d'assurance s'appliquent.
- 3 Lors d'un déménagement dans une autre région, la personne assurée choisit un autre médecin coordonnant figurant sur la liste. Elle l'annonce à Sanitas au plus tard après la première consultation. S'il n'est pas possible de choisir un médecin coordonnant au nouveau domicile ou lieu de travail, la personne assurée doit être transférée dans l'assurance de base Basic ou dans un autre modèle d'assurance alternatif.

### 6 Modifications d'assurance par Sanitas

- 1 Sanitas transfère la personne assurée NetMed dans l'assurance de base Basic quand
  - le traitement médical par le médecin coordonnant choisi n'est plus possible;
  - le médecin choisi n'est plus disponible comme médecin coordonnant et la personne assurée n'en choisit pas de nouveau.
  - la personne assurée reste plus de trois mois à l'étranger;
  - la personne assurée ne respecte pas l'obligation de consulter le médecin coordonnant selon le chiffre 4.

À l'exception de la réglementation selon le chiffre 4, le transfert est effectué au 1<sup>er</sup> du mois suivant en respectant un délai de 30 jours.

- 2 Sanitas peut supprimer l'assurance NetMed à la fin d'une année civile en respectant un préavis de deux mois. La personne assurée est ainsi transférée dans l'assurance de base Basic au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

## Divers

### 7 Saisie et traitement des données

- 1 Lors de la conclusion de NetMed, la personne assurée autorise le médecin coordonnant qu'elle a choisi ou un tiers autorisé par celui-ci (p. ex. des spécialistes) à consulter les données relatives aux traitements et aux factures des soins médicaux dont elle a bénéficié. L'objectif est d'assurer des soins médicaux coordonnés.
- 2 Sanitas est en droit de transmettre les données nécessaires à l'exécution de NetMed au médecin coordonnant ou à un tiers autorisé par ce médecin (p. ex. prestataire de systèmes informatiques), en respectant les directives relatives au secret professionnel et à la protection des données.

# Medbase MultiAccess

## Assurance de base avec soins intégrés par Medbase

Édition de janvier 2020  
Version 2020

### Aperçu de l'assurance

Sanitas Assurances de base SA et Medbase SA (ci-après Medbase) sont partenaires au sein du modèle d'assurance Medbase MultiAccess. Medbase est une société indépendante de Sanitas Assurances de base SA active dans le domaine des soins de base (médecine de famille) et des prestations ambulatoires médicales, thérapeutiques et de médecine complémentaire.

Medbase MultiAccess est un modèle d'assurance alternatif (forme particulière d'assurance) de l'assurance obligatoire des soins conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), avec un choix limité des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 41, al. 4 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'art. 99 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

Lors de la conclusion de Medbase MultiAccess, la personne assurée choisit un site (Medical Center) de Medbase. Elle s'engage à toujours se rendre auprès d'un fournisseur de prestations de Medbase reconnu pour toute première consultation médicale. Pour toute question médicale, Medbase est responsable de l'ensemble du traitement et du suivi de la personne assurée et définit le déroulement de la thérapie, que la personne assurée doit suivre obligatoirement.

## Réglementations du modèle d'assurance

### 1 Bases de l'assurance

- 1 Pour toute question non réglementée spécifiquement dans ces conditions complémentaires (CC), les conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance de base Basic font foi.
- 2 Sanitas paie les prestations légales pour les traitements ambulatoires et stationnaires, tant qu'ils ont été administrés dans le cadre des instructions de Medbase.

### 2 Obligations découlant du modèle d'assurance

- 1 À la conclusion de Medbase MultiAccess, la personne assurée choisit un site (Medical Center) de Medbase en se référant à la liste de Sanitas (ci-après «Medical Center coordinateur») et l'annonce à Sanitas.
- 2 Pour tout traitement médical, la personne assurée se rend en premier lieu chez un fournisseur de prestations de Medbase reconnu pour la première consultation. Sanitas tient à jour une liste de ces fournisseurs de prestations. Elle peut aussi inclure un service télémedical ou une pharmacie, par exemple. Le fournisseur de prestations consulté en premier effectue l'examen et le traitement nécessaire ou, en cas de besoin, envoie la personne assurée chez un autre fournisseur de prestations.
- 3 La personne assurée doit respecter le plan de traitement défini après la première consultation. Ce plan peut prévoir des fournisseurs de prestations et des périodes de traitement particuliers. De plus, Medbase ou Sanitas peuvent sélectionner un fournisseur de prestations particulier pour l'achat de médicaments, de moyens auxiliaires ou de prestations de laboratoire. Lors de la conclusion de l'assurance, les plans de traitement existants (p. ex. lorsque le patient a été adressé à un spécialiste) doivent être confirmés au préalable par un fournisseur de prestations de Medbase.
- 4 La personne assurée accepte que les préparations originales soient remplacées par des médicaments génériques à condition qu'ils soient moins coûteux et que le médicament original ne soit pas absolument requis pour des raisons médicales.
- 5 La personne assurée s'engage à effectuer les vaccins auprès de certains fournisseurs de prestations de Medbase. La liste des fournisseurs de prestations potentiels est fournie par Medbase.
- 6 S'il existe des concepts ou des programmes de traitement interdisciplinaires qui peuvent accroître la qualité de la thérapie selon l'évaluation de Medbase, la personne assurée peut être contrainte à participer à un programme de ce type.
- 7 Si le suivi du Case Management de Sanitas est indiqué selon l'estimation de Medbase ou de Sanitas, la personne assurée est accompagnée en parallèle par le Case Management de Sanitas durant les traitements, à condition qu'elle accepte.
- 8 Si Medbase estime qu'une prestation ambulatoire (opération ambulatoire, réadaptation ambulatoire, etc.) est davantage indiquée qu'une prestation stationnaire et que ce changement est acceptable pour la personne assurée, cette dernière peut être contrainte à se soumettre à la prestation ambulatoire.

### 3 Exceptions à l'obligation de consulter chez Medbase

- 1 En cas d'urgence, l'obligation de traitement par Medbase est suspendue. Un traitement médical d'urgence ailleurs que chez Medbase doit être annoncé auprès du Medical Center coordinateur dans les meilleurs délais, mais au plus tard dans les dix jours suivant le début du traitement. Tout traitement ou contrôle ultérieur éventuel doit également être annoncé à Medbase et doit avoir lieu, si possible, auprès de Medbase.  
  
Il y a urgence quand l'état de la personne assurée est jugé par celle-ci ou par des tiers comme représentant un danger de mort ou nécessitant un traitement immédiat.
- 2 La première consultation chez Medbase n'est pas nécessaire dans les cas suivants:
  - traitements gynécologiques;
  - examens de maternité, y compris accouchement;
  - traitements dentaires.
- 3 Les traitements oculaires ne doivent pas être obligatoirement effectués auprès d'un fournisseur de prestations de Medbase. Ce dernier a toutefois la possibilité de tenir à jour une liste de fournisseurs de prestations obligatoires pour la première consultation.
- 4 Les traitements pédiatriques ne doivent pas être obligatoirement effectués auprès d'un fournisseur de prestations de Medbase. Pour les enfants de 6 ans ou plus, Medbase a la possibilité de tenir à jour des listes de fournisseurs de prestations obligatoires pour la première consultation.

### 4 Violation des obligations du modèle d'assurance

- 1 Si la personne assurée ne respecte pas pour la deuxième fois les obligations de ce modèle d'assurance conformément au chiffre 2, Sanitas la transfère dans l'assurance de base Basic. Le transfert aura lieu le 1<sup>er</sup> du mois suivant après la communication écrite de Sanitas.
- 2 Un nouveau passage à Medbase MultiAccess est possible au plus tôt deux ans après le transfert, pour l'année civile suivante.

## Modifications d'assurance

### 5 Modifications d'assurance par la personne assurée

- 1 Il est possible de passer de l'assurance de base ordinaire Basic à Medbase MultiAccess au début de chaque mois.
- 2 Le passage de Medbase MultiAccess à l'assurance de base Basic ou à un autre modèle d'assurance alternatif est uniquement possible au 1<sup>er</sup> janvier. Les délais de résiliation énoncés au chiffre 17 des conditions générales d'assurance (CGA) s'appliquent.
- 3 La personne assurée peut à tout moment opter pour un autre Medical Center coordinateur. Elle doit en informer Sanitas dans les 30 jours, mais au plus tard avant la prochaine consultation.
- 4 Si, à la suite d'un déménagement, Medbase MultiAccess n'est pas proposé au nouveau lieu de domicile, la personne assurée peut passer à l'assurance de base Basic ou à un autre modèle d'assurance alternatif au 1<sup>er</sup> du mois du déménagement. Si le passage à un autre modèle d'assurance alternatif n'est pas communiqué dans les 30 jours, la personne assurée passe automatiquement à l'assurance de base Basic.

### 6 Modifications d'assurance par Sanitas

Sanitas transfère les personnes assurées de Medbase MultiAccess vers l'assurance de base Basic

- si la personne assurée n'est plus en mesure de se rendre chez un fournisseur de prestations de Medbase pour la première consultation. Cela inclut notamment le séjour dans un EMS, un séjour de plus de trois mois dans une clinique de réadaptation ou un séjour de plus de trois mois à l'étranger. Un retour dans Medbase MultiAccess est possible le 1<sup>er</sup> du mois si la personne assurée est de nouveau en mesure d'effectuer la première consultation auprès d'un fournisseur de prestation de Medbase reconnu;
- si le Medical Center coordinateur choisi n'est plus disponible et que la personne assurée n'a pas sélectionné de nouveau Medical Center coordinateur dans les 30 jours.

Le transfert est effectué au 1<sup>er</sup> du mois suivant l'expiration du délai en respectant un délai de 30 jours.

Sanitas peut supprimer l'assurance Medbase MultiAccess à la fin d'une année civile en respectant un préavis de deux mois. La personne assurée est ainsi transférée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante dans l'assurance de base Basic ou, si elle le désire, dans un autre modèle d'assurance alternatif. Si le transfert dans un autre modèle d'assurance alternatif n'est pas communiqué, la personne assurée passe automatiquement à l'assurance de base Basic au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

## Divers

### 7 Saisie et traitement des données

- 1 Lors de la conclusion de Medbase MultiAccess, la personne assurée autorise Medbase ou un tiers autorisé par Medbase (p. ex. des spécialistes) à consulter les données relatives aux traitements et aux factures des soins médicaux dont elle a bénéficié. L'objectif est d'assurer des soins médicaux coordonnés.
- 2 Sanitas est en droit de transmettre à Medbase ou à un tiers autorisé par Medbase (p. ex. prestataire de systèmes informatiques) les données nécessaires à l'exécution de Medbase MultiAccess, en respectant les directives relatives au secret professionnel et à la protection des données.



# Compact One

## Assurance de base avec premier conseil contraignant par téléphone

Édition de janvier 2022  
Version 2022

### Aperçu de l'assurance

Compact One est un modèle d'assurance alternatif (forme d'assurance particulière avec choix restreint du fournisseur de prestations) de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Lors de la conclusion de Compact One, la personne assurée déclare accepter de consulter par téléphone le centre de conseil télémédical avant un traitement médical. Ce centre est joignable 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Il conseille les assurés en cas de problèmes de santé et définit le déroulement ultérieur du traitement. Ce plan de traitement est contraignant pour la personne assurée.

Sanitas encourage et soutient les mesures visant à réduire durablement les coûts en matière de santé. Cela englobe notamment des soins de santé judicieux et adéquats qui exigent, de la part de la personne assurée, une contribution active et un sens des responsabilités. De plus, Sanitas est en droit de réduire ou d'augmenter la participation aux coûts ordinaire de la personne assurée pour certaines mesures.



## Réglementations du modèle d'assurance

### 1 Bases de l'assurance

Pour toute question non réglementée spécifiquement dans ces conditions complémentaires, les conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance de base Basic font foi.

### 2 Obligations découlant du modèle d'assurance

- 1 Avant de bénéficier d'un traitement médical, la personne assurée a l'obligation de contacter le centre de télémédecine par téléphone. Le centre est chargé de donner le premier conseil médical et définit le plan de traitement optimal en fonction de la situation propre à l'assuré. Ce plan de traitement est contraignant pour la personne assurée. Elle doit notamment
    - limiter les prestations dont elle bénéficie dans des proportions raisonnables selon les connaissances médicales;
    - respecter les plans de traitement définis;
    - contribuer à sa guérison de son propre chef et dans les limites de l'admissible.
  - 2 Si un traitement médical est indiqué sur la base de la consultation télémédicale, le centre de télémédecine détermine le fournisseur de prestations et le plan de traitement conformément à l'alinéa 1. S'appuyant sur l'art. 99 OAMal, Sanitas peut restreindre le choix du fournisseur de prestations.
  - 3 Le plan de traitement médical comprend la durée probable du traitement ainsi que le nombre prévu de consultations. Si ce plan de traitement s'avère insuffisant, la personne assurée doit prendre contact avec le centre de télémédecine avant qu'il ne soit terminé.
  - 4 Si un séjour stationnaire à l'hôpital est indiqué dans le cadre du plan de traitement au sens de l'alinéa 1, la personne assurée doit contacter le centre de télémédecine avant son inscription dans un hôpital. Sont exclus les cas d'urgence tels qu'ils sont définis au chiffre 3, alinéa 1.
- ### 3 Exceptions à l'obligation de se faire conseiller
- 1 En cas d'urgence, il n'est pas obligatoire de prendre d'abord contact avec le centre de télémédecine. Un traitement d'urgence doit être annoncé au centre télémédical dès que possible, mais au plus tard dans les dix jours après le début du traitement ou avant un éventuel traitement subséquent. Il y a urgence quand l'état de l'assuré est jugé comme représentant un danger de mort ou nécessitant des soins immédiats. Un problème de santé hors des heures de consultation d'un cabinet médical n'est en principe pas considéré comme une urgence.
  - 2 Il n'est pas nécessaire de prendre contact avec le centre de conseil de télémédecine dans les cas suivants:
    - examens gynécologiques préventifs;
    - examens de maternité, y compris accouchement;
    - vaccinations;
    - traitements dentaires.

### 4 Mesures d'orientation

- 1 Si la téléconsultation au sens du chiffre 2 indique la nécessité d'un programme de disease management de Sanitas, la personne assurée est tenue de participer à un tel programme. Le disease management consiste en des programmes de traitement structurés et systématiques destinés à certaines maladies, essentiellement chroniques (p. ex. hypertension, insuffisance cardiaque, diabète, asthme). Le disease management a pour objectif de fournir un suivi adéquat basé sur les connaissances médicales actuelles. Les diagnostics et thérapies inutiles et inefficaces sont évités.
- 2 Si la téléconsultation au sens du chiffre 2 indique la nécessité d'un suivi par le Case Management, la personne assurée est tenue de se faire suivre par le Case Management de Sanitas dans le cadre du traitement. Le Case Management consiste en un suivi rapproché de cas généralement coûteux et complexes du point de vue médical. Dans ce contexte, le Case manager a trois fonctions principales: il soutient le patient pour que ses intérêts soient au premier plan (fonction d'assistance), il obtient des solutions de soins optimales (fonction de médiateur) et il sélectionne et gère l'accès aux prestations de soin (fonction de gatekeeper).
- 3 Si la personne assurée a besoin de médicaments, moyens auxiliaires ou prestations de laboratoire dans le cadre du plan de traitement au sens du chiffre 2, Sanitas peut l'obliger à se rendre chez un fournisseur de prestations défini par elle-même.
- 4 Si la prescription ou la remise d'un médicament est indiquée dans le cadre du plan de traitement au sens du chiffre 2, la personne assurée est obligée de demander un générique. Pour le remboursement des génériques, Sanitas peut réduire ou annuler la quote-part en pour cent de la personne assurée au sens du chiffre 6 des conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance de base Basic.

### 5 Violation de l'obligation de se faire conseiller

- 1 Si la personne assurée ne respecte pas les obligations de téléconsultation par le centre de télémédecine au sens du chiffre 2, alinéa 1, Sanitas la transfère dans l'assurance de base Basic après un rappel. Le transfert aura lieu le 1<sup>er</sup> du mois suivant après la communication écrite de Sanitas.
- 2 Un délai de réflexion est accordé à la personne assurée refusant de se conformer à une mesure d'orientation au sens du chiffre 4, alinéas 1 à 3. Si la personne assurée confirme son refus, Sanitas la transfère dans l'assurance de base Basic. Le transfert aura lieu le 1<sup>er</sup> du mois suivant après la communication écrite de Sanitas.
- 3 Après un transfert de Compact One dans l'assurance de base Basic, un nouveau passage à Compact One n'est pas possible pendant une période de deux ans.

## Modifications d'assurance

### 6 Modifications d'assurance par la personne assurée

- 1 Il est possible de passer de l'assurance de base ordinaire Basic à Compact One au début de chaque mois.
- 2 Le passage de Compact One à l'assurance de base Basic ou à un autre modèle d'assurance alternatif n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier. Les délais de résiliation énoncés au chiffre 17 des conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance de base Basic s'appliquent.

### 7 Modifications d'assurance par Sanitas

- 1 Sanitas transfère la personne assurée dans l'assurance de base Basic quand
  - la personne assurée ne peut plus remplir la condition de la prise de contact par téléphone avant un traitement médical;
  - la personne assurée reste plus de trois mois à l'étranger;
  - la personne assurée ne respecte pas l'obligation de téléconsulter selon le chiffre 2;
  - la personne assurée ne respecte pas la participation aux mesures d'orientation selon le chiffre 4.

Le transfert est effectué au 1<sup>er</sup> du mois suivant l'expiration du délai en respectant un délai de 30 jours.
- 2 Sanitas peut supprimer l'assurance Compact One à la fin d'une année civile en respectant un préavis de deux mois. Les personnes assurées sont ainsi transférées dans l'assurance de base Basic au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

## Divers

### 8 Saisie et traitement des données

- 1 Lors de la conclusion de Compact One, la personne assurée autorise le centre de télémédecine à consulter les données relatives aux traitements et aux factures des soins médicaux dont il a bénéficié.
- 2 Sanitas est en droit de transmettre les données nécessaires à l'exécution de Compact One au centre de télémédecine, en respectant les directives relatives au secret professionnel et à la protection des données.



