

# Assurance obligatoire des soins

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

Organisme d'assurance:  
Sanitas Assurances de base SA

Édition janvier 2009  
Version 2021

<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>

# Basic

## Assurance obligatoire des soins (assurance de base)

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

Édition janvier 2009  
Version 2020

### **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 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 n'en stipulent pas autrement.

## Etendue 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 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 genre masculin s'applique par analogie également aux personnes de sexe féminin.

### 2 Objet de l'assurance

Sanitas Assurances de base AG (nommée 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 Définitions

- 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 LAMal.

## Prestations

### 5 Etendue des prestations

Les prestations légales sont remboursées.

### 6 Participation aux coûts

La participation aux coûts:

- 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'art. 28 LPGA, l'assuré est tenu 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, l'assuré 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 l'assuré.

## 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 à l'économicité 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, la déclaration d'accident doit également être envoyée.

### 12 Factures établies à l'étranger

- 1 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 Etats de l'UE/AELE.

### 13 Cession et mise en gage des prestations

L'assuré 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 protection d'assurance.

### 15 Modifications de l'assurance

- 1 La franchise peut être adaptée au 1<sup>er</sup> janvier; en cas de changement pour une franchise inférieure, les préavis selon le chiffre 17 doivent être respectés.
- 2 La couverture accidents peut être exclue si une assurance accidents obligatoire selon la 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 soumis à l'assurance militaire pendant plus de 60 jours consécutifs. La communication doit parvenir à Sanitas au minimum 8 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 8 semaines après la communication. Sanitas compense les primes payées d'avance avec les primes dues ultérieurement ou les restitue. De son côté, l'assuré est tenu 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 La résiliation du contrat à la suite d'un changement d'assureur peut être effectuée par l'assuré en observant un préavis de trois mois au 31 décembre ou, 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 préavis 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:

- lors de la résiliation par l'assuré selon le chiffre 17;
- si l'assuré n'est plus soumis à l'obligation de s'assurer;
- 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 social selon l'art. 9 OAMal;
- lors du 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 annuelles, semestrielles ou trimestrielles est possible.
- 2 Si le contrat d'assurance est résilié avant son expiration, le remboursement des primes est effectué pour la période d'assurance non écoulée.
- 3 L'assuré n'a pas le droit de compenser des primes dues par des prestations à percevoir.

### 20 Somation et conséquences du retard

- 1 Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas les primes ou les 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 montants 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 Lors d'arriérés de primes et 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 montants 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, l'assuré résidant dans un Etat de l'UE ou de l'AELE qui est soumis à l'Accord sur la libre circulation des personnes ne paie pas les primes ou les 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.

## **Autres**

### **21 Acceptation de la police d'assurance**

Si le contenu de la police d'assurance ou des avenants y relatifs et les accords passés ne concordent pas, le preneur d'assurance doit alors exiger sa correction dans les quatre semaines suivant la réception de la police d'assurance. Si l'assuré 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'art. 33 LPD et des art. 84 ss LAMal.
- 2 Dans le cadre des dispositions légales, Sanitas peut se procurer les informations nécessaires à l'exécution de l'assurance, les saisir sur un support électronique ou les transmettre à des tiers pour traitement.

### **23 Versement de 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 Etats de l'UE/AELE si l'assuré a élu domicile dans le pays correspondant et s'il est soumis 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 l'assuré.
- 3 Sanitas peut compenser des créances vis-à-vis de l'assuré par des prestations s'il n'existe pas de suspension des prestations au sens de l'art. 20, alinéa 1 de ces CGA.

### **24 Communications/adresse de contact**

- 1 Les changements de nom et d'adresse ou 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 à Sanitas qui fait foi pour l'envoi de la correspondance juridiquement valable.
- 2 Pour des séjours à l'étranger d'une durée de plus de 3 mois, une adresse de contact en Suisse doit être communiquée à Sanitas. Ceci ne vaut pas pour le transfert du domicile de droit civil dans un Etat de l'UE ou de l'AELE si l'assuré est soumis à l'Accord sur la libre circulation des personnes.
- 3 L'adresse postale pour des communications ou des justifications de prétentions est l'adresse figurant sur la police d'assurance.

### **25 Adaptation des conditions d'assurance**

Les modifications des présentes conditions générales d'assurance et des conditions complémentaires des modèles d'assurance alternatifs ainsi que les autres informations contractuelles sont communiquées à l'assuré par écrit ou par publication dans le journal des clients.

### **26 Obligations d'assurance dans les Etats membres de l'UE/AELE**

Les assurés domiciliés dans un Etat de l'UE ou de l'AELE et soumis 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 l'assuré n'est pas d'accord avec une décision de Sanitas, il peut, dans un délai raisonnable, exiger de Sanitas qu'elle 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 l'assuré 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 des assurances contre un jugement rendu par un Tribunal cantonal des assurances.

# CallMed

## Assurance de base avec premier conseil par téléphone

Édition janvier 2009  
Version 2013

### **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, l'assuré s'engage à consulter par téléphone le centre de conseil médical avant tout traitement médical. Ce centre est joignable 24 heures sur 24, 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 LAMal, l'assuré peut choisir librement un éventuel fournisseur de prestations.

## Réglemementations du modèle d'assurance

### 1 Base de l'assurance

Pour toute question non règlementée 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 tout traitement médical, l'assuré prend contact par téléphone avec le centre de conseil médical. Celui-ci le conseille sur le plan médical et convient avec lui de la voie de traitement optimale qu'il 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 l'assuré 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 l'envoi à un autre fournisseur de prestations serait nécessaire. Si ce laps de temps ne suffit pas pour le traitement, l'assuré prend à nouveau contact avec le centre de conseil médical avant la fin du délai.

### 3 Exceptions à l'obligation de consulter

- 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 10 jours après le début du traitement.

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

- 2 Dans les cas suivants, il n'est pas nécessaire de prendre contact avec le centre de conseil médical:
  - examens gynécologiques préventifs,
  - examens pendant la grossesse, y compris l'accouchement,
  - vaccins,
  - traitements dentaires.

### 4 Non-respect des obligations du modèle d'assurance

- 1 Si, avant tout traitement médical, l'assuré renonce à se faire conseiller en premier par le centre de conseil médical, Sanitas le transfère dans l'assurance de base Basic après un rappel. Le passage se fait rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année lors de laquelle l'obligation de consulter a été violée pour la deuxième fois.
- 2 Si, à plusieurs reprises, l'assuré ne respecte pas de manière appropriée la recommandation du centre de conseil médical concernant le traitement envisagé, Sanitas se réserve le droit de le transférer dans l'assurance de base Basic.
- 3 Un nouveau passage à CallMed n'est pas possible pendant une durée de deux ans.

## Modifications d'assurance

### 5 Modifications de l'assurance par la personne assurée

- 1 Le passage de Basic à CallMed est possible au début de chaque mois.
- 2 Le passage de CallMed à 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 sont applicables.

### 6 Modifications d'assurance par Sanitas

- 1 Sanitas transfère l'assuré CallMed dans l'assurance de base Basic quand:
  - Il ne peut plus remplir la condition de la prise de contact par téléphone avant un traitement médical;
  - Il reste plus de 3 mois à l'étranger;
  - Il ne respecte pas l'obligation de consulter selon le chiffre 4.

A l'exception de la réglementation selon le chiffre 4, alinéa 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. Les assurés sont ainsi transférés au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante dans l'assurance de base Basic, ou, s'ils le désirent, dans un autre modèle d'assurance alternatif.

# CareMed

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

Édition janvier 2009  
Version 2013

### **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, l'assuré s'engage à consulter le médecin de famille qu'il aura choisi pour tout traitement médical. Ce médecin est le premier interlocuteur de l'assuré pour toute question médicale. Si cela s'avère nécessaire, le médecin de famille envoie l'assuré 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 règlementée 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, l'assuré choisit un médecin de famille et informe Sanitas de son choix.
- 2 Lorsqu'un traitement médical est nécessaire, l'assuré consulte le médecin de famille qu'il a choisi. Celui-ci effectue l'examen et le traitement nécessaire ou, en cas de besoin, envoie l'assuré chez un autre fournisseur de prestations.
- 3 Si le médecin de famille choisi n'est pas joignable (par ex. vacances), l'assuré s'adresse à son remplaçant. Lors d'une absence prolongée du médecin de famille, l'assuré peut en choisir un autre pour la durée de l'absence. L'assuré l'annonce à Sanitas au plus tard après la première consultation.
- 4 Si le médecin de famille n'exerce plus en cabinet privé, l'assuré annonce son nouveau médecin de famille à Sanitas au plus tard après la première consultation.
- 5 Dans des cas justifiés, l'assuré peut changer de médecin de famille. Il 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 son médecin de famille. 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 l'assuré est jugé par celui-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 pendant la grossesse, y compris l'accouchement,
  - contrôles oculaires périodiques,
  - traitements dentaires.

### 4 Non-respect des obligations du modèle d'assurance

- 1 Si l'assuré suit des traitements médicaux auprès de fournisseurs de prestations sans avoir consulté son médecin de famille au préalable, Sanitas le transfère dans l'assurance de base Basic après un rappel. Le passage se fait rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année lors de laquelle l'obligation de consulter le médecin de famille a été violée pour la deuxième fois.
- 2 Un nouveau passage à CareMed n'est pas possible pendant une durée de deux ans.

## Modifications d'assurance

### 5 Modifications de l'assurance par la personne assurée

- 1 Le passage de Basic à CareMed est possible au début de chaque mois.
- 2 Le passage de CareMed à 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 sont applicables.

### 6 Modifications d'assurance par Sanitas

- 1 Sanitas transfère l'assuré dans l'assurance de base Basic quand:
  - le traitement médical par le médecin de famille choisi n'est plus possible,
  - l'assuré reste plus de 3 mois à l'étranger,
  - l'assuré ne respecte pas l'obligation de consulter selon le chiffre 4.
- 2 A 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. Sanitas peut supprimer l'assurance CareMed à la fin d'une année civile en respectant un préavis de deux mois. Les assurés sont ainsi transférés au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante dans l'assurance de base Basic, ou, s'ils le désirent, dans un autre modèle d'assurance alternatif.

## Autres

### 7 Saisie et traitement des données

- 1 Lors de la conclusion de CareMed, l'assuré autorise le médecin de famille qu'il a choisi ou des tiers autorisés par celui-ci 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 CareMed au médecin de famille choisi par l'assuré 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 janvier 2009  
Version 2021

### 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). Au sein de NetMed, il peut y avoir plusieurs modèles (variantes) avec des réductions de primes différentes. Lors de la conclusion de NetMed, l'assuré choisit un médecin de famille actif au sein d'un réseau de médecins ou d'un cabinet HMO reconnu par Sanitas (médecin coordonnant). Sanitas conclut à cet effet des contrats de partenariat avec des réseaux de médecins et des centres HMO.

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

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

## Règlementations du modèle d'assurance

### 1 Bases de l'assurance

Pour toute question non règlementée 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, l'assuré choisit un médecin de famille actif au sein d'un réseau de médecins ou dans un cabinet HMO (nommé ci-après médecin coordonnant) et l'annonce à Sanitas. Sanitas tient une liste des médecins coordonnants qu'elle reconnaît. Cette liste est actualisée périodiquement et peut être consultée chez Sanitas; un extrait peut être également demandé.
- 2 Lorsqu'un traitement médical est nécessaire, l'assuré consulte le médecin coordonnant qu'il a choisi. Celui-ci effectue l'examen et le traitement nécessaire ou, en cas de besoin, envoie l'assuré chez un autre fournisseur de prestations
- 3 Dans des cas justifiés (p. ex. cessation de l'activité du médecin de famille, fermeture du cabinet), la personne assurée peut changer le médecin coordonnateur choisi ou la variante sélectionnée. Si aucun médecin du même réseau de médecins ou de la même variante ne peut être sélectionné (le médecin n'accepte plus de nouveaux clients ou aucun médecin au choix), il est possible de sélectionner un médecin d'une autre variante dans le produit NetMed. La personne assurée doit en informer Sanitas au plus tard avant la première consultation auprès du nouveau médecin coordonnateur.

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

- 1 Le traitement par le médecin coordonnateur est indiqué en cas d'urgence également. Si cela s'avère impossible, l'assuré informe son médecin coordonnateur dans les 10 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 coordonnateur.

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

- 2 Après en avoir informé le médecin coordonnateur, les traitements ci-dessous peuvent être effectués directement par un spécialiste reconnu:
  - examens gynécologiques préventifs,
  - examens pendant la grossesse, y compris l'accouchement,
  - contrôles oculaires périodiques.

Pour tout autre traitement gynécologique ou oculaire auprès d'un spécialiste reconnu, le médecin traitant doit absolument y avoir envoyé l'assuré.

- 3 Les traitements dentaires peuvent être directement effectués par un spécialiste reconnu sans devoir en informer le médecin coordonnateur.

### 4 Non-respect des obligations du modèle d'assurance

- 1 Si l'assuré suit des traitements médicaux auprès de fournisseurs de prestations sans avoir consulté son médecin coordonnateur au préalable, Sanitas le transfère dans l'assurance de base Basic après un rappel. Le passage se fait rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année lors de laquelle l'obligation de consulter le médecin coordonnateur a été violée pour la deuxième fois.
- 2 Un nouveau passage à NetMed n'est pas possible pendant une durée de deux ans.

## Modifications d'assurance

### 5 Modifications de l'assurance par la personne assurée

- 1 Le passage de Basic à NetMed est possible au début de chaque mois.
- 2 Le passage de NetMed à Basic ou à un autre modèle d'assurance alternatif n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier. (le chiffre 2, al. 3 reste réservé). Les délais de résiliation selon le chiffre 17 des conditions générales d'assurance sont applicables.
- 3 Lors d'un déménagement dans une autre région, l'assuré choisit un autre médecin coordonnateur figurant sur la liste. Il l'annonce à Sanitas au plus tard après la première consultation. S'il ne lui est pas possible de choisir un médecin coordonnateur à son nouveau lieu de domicile ou de travail, l'assuré doit être transféré dans l'assurance de base Basic ou dans un autre modèle d'assurance alternatif.

### 6 Modifications d'assurance par Sanitas

- 1 Sanitas transfère l'assuré dans l'assurance de base Basic quand:
  - le traitement médical par le médecin coordonnateur choisi n'est plus possible,
  - le médecin choisi ne peut plus être médecin coordonnateur et que l'assuré n'en choisit pas de nouveau,
  - l'assuré reste plus de 3 mois à l'étranger,
  - l'assuré ne respecte pas l'obligation de consulter le médecin coordonnateur selon le chiffre 4.

A 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. Les assurés sont ainsi transférés dans l'assurance de base Basic au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

## Autres

### 7 Saisie et traitement des données

- 1 En souscrivant à l'assurance NetMed, l'assuré accorde au médecin coordonnateur choisi ou à un tiers autorisé (par exemple des spécialistes) l'accès aux données de traitement et de facturation de ses soins médicaux. Cela permet d'assurer la coordination des soins médicaux.
- 2 Sanitas est en droit de transmettre au médecin coordonnateur ou à un tiers autorisé par le médecin coordonnateur les données nécessaires à l'exécution de NetMed tout en respectant les dispositions relatives à la confidentialité et à la protection des données.

# Medbase MultiAccess

Assurance de base avec soins intégrés,  
dispensés par Medbase

Édition janvier 2020  
Version 2020

## Aperçu de l'assurance

Sanitas Assurances de base SA et Medbase SA (ci-après nommée Medbase) ont conclu un partenariat sous la forme 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 médicales ambulatoires, thérapeutiques et de médecine complémentaire.

Medbase MultiAccess est un modèle d'assurance alternatif (forme particulière d'assurance) de l'assurance obligatoire des soins 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 centre (Medical Center) de Medbase. Elle s'engage à toujours se rendre auprès d'un fournisseur de prestations reconnu par Medbase 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 Lors de la conclusion de Medbase MultiAccess, la personne assurée choisit un centre (Medical Center) de Medbase selon la liste établie par Sanitas (ci-après appelé «centre médical coordinateur») et le communique à Sanitas.
- 2 Pour tout traitement médical, elle se rend en premier lieu chez un fournisseur de prestations approuvé par Medbase pour la première consultation. Sanitas tient à jour une liste de ces fournisseurs de prestations. Elle peut aussi inclure un service télé-médical ou une pharmacie, par exemple. Le fournisseur de prestations consulté en premier effectue l'examen et prescrit 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 des fournisseurs de prestations déterminés par 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, 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 peut être exigé de la personne assurée, cette dernière peut être contrainte à se soumettre à cette 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 effectué ailleurs que chez Medbase doit être annoncé auprès du centre médical 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 Dans les cas ci-après, la première consultation chez Medbase n'est pas nécessaire:
  - Traitements gynécologiques
  - Examens liés à une grossesse, y compris accouchement
  - Traitements dentaires
- 3 Les traitements oculaires ne doivent pas être obligatoirement effectués auprès d'un fournisseur de prestations de Medbase. Medbase a toutefois la possibilité de tenir une liste contraignante de fournisseurs de prestations 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 des listes contraignantes de fournisseurs de prestations pour la première consultation.

### 4 Non-respect 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, elle est transférée 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, et ce, pour l'année civile suivante.

## Modifications d'assurance

### 5 Modifications de l'assurance par la personne assurée

- 1 Un passage de l'assurance de base ordinaire Basic à Medbase MultiAccess est possible à chaque début de mois.
- 2 Le transfert de Medbase MultiAccess dans l'assurance de base Basic ou dans 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) sont applicables.
- 3 La personne assurée peut à tout moment opter pour un autre centre médical coordinateur. Sanitas doit en être informée dans les 30 jours, mais au plus tard avant la prochaine consultation.
- 4 Si, en cas de changement de domicile, Medbase Multi-Access n'est pas proposé au nouveau domicile, la personne assurée peut passer à l'assurance de base Basic au 1<sup>er</sup> du mois de déménagement ou à un autre modèle d'assurance alternatif. Si le transfert dans 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 une personne assurée de Medbase MultiAccess à l'assurance de base Basic

- si celle-ci n'est plus en mesure de se rendre chez un fournisseur de prestations reconnu par Medbase pour la première consultation. Ceci 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. Une réadmission dans Medbase MultiAccess est possible au 1<sup>er</sup> de chaque mois si la personne assurée est à nouveau en mesure de se rendre chez l'un des fournisseurs de prestations reconnus par Medbase pour la première consultation;
- si le centre médical coordinateur choisi n'est plus disponible et que la personne assurée n'a pas sélectionné de nouveau centre médical dans les 30 jours.

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

Sanitas peut supprimer 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.

## Autres

### 7 Saisie et traitement des données

- 1 Par la conclusion de Medbase MultiAccess, la personne assurée autorise Medbase ou un tiers autorisé par Medbase (p. ex. un spécialiste) à consulter les documents de traitement et les factures en rapport avec les soins médicaux. L'objectif est d'assurer des soins médicaux coordonnés.
- 2 Pour le bon fonctionnement de Medbase MultiAccess, Sanitas a le droit de transmettre les données requises à Medbase ou à un tiers autorisé par Medbase (p. ex. le fournisseur du système informatique) dans le respect des dispositions sur la confidentialité et la protection des données.



