

Édition du 1^{er} janvier 2021

Conditions d'assurance (CA) Assurance BeneFit PLUS – Forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins conformément à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)

Table des matières

	Introduction
	Dispositions générales
1	Bases de l'assurance
2	Personne assurée
3	Étendue de l'assurance
	Début, modification et fin de l'assurance
4	Conclusion de l'assurance
5	Suspension de la couverture accidents
6	Franchise annuelle à option
7	Modification de l'assurance
8	Résiliation par la personne assurée
9	Suspension par l'assureur
	Primes et participations aux coûts
10	Primes
11	Rabais sur les primes
12	Participations aux coûts
13	Émoluments
	Droits et obligations de l'assureur
14	Communications et paiements
15	Echéance des prestations
	Droits et obligations de la personne assurée
16	Restriction dans le choix du fournisseur de prestations
17	Exceptions aux restrictions dans le choix du fournisseur de prestations
18	Cas d'urgence
19	Mesures de soins et de pilotage intégrés
20	Obligation de réduire le dommage
21	Communications
22	Carte d'assuré
	Violation des obligations
23	Conséquences d'une violation des obligations
	Options d'assurance
24	Fournisseur de prestations coordonnant pouvant être choisi
	Divers
25	Effets sur les assurances complémentaires
26	Protection et traitement des données
27	Voies de droit
28	Responsabilité
29	Entrée en vigueur

Introduction

Tous les termes utilisés dans le texte pour désigner des personnes s'appliquent aux deux sexes.

L'entité juridique mentionnée dans la police verse les prestations d'assurance et est qualifiée d'assureur.

Dispositions générales

1 Bases de l'assurance

L'assurance BeneFit PLUS est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal). Sont assurées les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident. Le risque accident est inclus si la police d'assurance le mentionne expressément. L'assurance BeneFit PLUS est régie par les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), les dispositions de la LAMal et leurs dispositions d'application ainsi que les présentes Conditions d'assurance (CA), édictées en complément aux dispositions légales.

L'assurance BeneFit PLUS inclut diverses options pour le choix du fournisseur de prestations. La personne assurée s'engage, quelle que soit l'option retenue, à respecter les restrictions convenues pour le choix du fournisseur de prestations et à suivre les mesures de soins et de pilotage intégrés.

2 Personne assurée

Est assurée la personne mentionnée dans la police d'assurance.

3 Étendue de l'assurance

Les prestations garanties par l'assurance BeneFit PLUS s'appuient sur les dispositions de l'assurance obligatoire des soins, en tenant compte des dispositions restrictives relatives à l'octroi de prestations (cf. ch. 16 à 20).

En signant la proposition d'assurance, la personne assurée se déclare d'accord avec les dispositions restrictives.



Début, modification et fin de l'assurance**4 Conclusion de l'assurance**

L'assurance BeneFit PLUS peut être conclue par toute personne qui satisfait les conditions légales, qui approuve les restrictions définies par les présentes Conditions d'assurance concernant le choix du fournisseur de prestations et le respect des mesures ordonnées et qui réside dans le rayon de soins de l'assurance BeneFit PLUS. Sont réservées les dispositions concernant la modification de l'assurance (cf. ch. 7). Ne peuvent être admises dans l'assurance BeneFit PLUS les personnes qui ont été exclues pendant un certain temps de ce produit d'assurance (cf. ch. 23).

À la conclusion de l'assurance BeneFit PLUS, la personne assurée choisit un fournisseur de prestations coordonnant parmi ceux qui lui sont proposés par l'assureur en fonction du rayon de soins correspondant au lieu de domicile civil de la personne assurée.

5 Suspension de la couverture accidents

Une personne assurée disposant déjà d'une couverture obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels peut demander la suspension de la couverture accidents. La suspension prend effet au premier jour du mois suivant la demande.

Si la personne assurée perd sa couverture accidents obligatoire, elle doit l'annoncer à l'assureur dans un délai d'un mois.

6 Franchise annuelle à option

La personne assurée peut bénéficier d'une réduction sur le montant des primes en optant pour une franchise annuelle plus élevée. Les détails sont réglés dans les prescriptions correspondantes de la Confédération et sont publiés sur le site Internet de l'assureur ainsi que dans l'annexe annuelle à la police.

7 Modification de l'assurance

Si le traitement médical par le fournisseur de prestations coordonnant n'est pas ou plus possible (notamment en cas de traitement par un médecin de l'établissement médico-social dans lequel la personne assurée séjourne, déménagement hors du rayon de soins du fournisseur de prestations coordonnant choisi, retrait du fournisseur de prestations coordonnant du système de soins de l'assureur, séjour à l'étranger, etc.), l'assureur est en droit de résilier l'assurance BeneFit PLUS pour la fin d'un mois civil, sans avis préalable et en respectant un délai de 30 jours.

Dans la mesure où la personne assurée déménage hors du rayon de soins, le fournisseur de prestations coordonnant quitte le rayon de soins ou s'absente pour une durée prolongée, la personne assurée peut toutefois choisir un nouveau fournisseur de prestations coordonnant parmi l'offre de l'assureur correspondant au rayon de soins en question et ce, dans les 30 jours après communication écrite du changement de domicile, de l'annonce du départ ou de l'absence du fournisseur de prestations coordonnant. Si la personne assurée n'exerce pas son droit dans le délai imparti, elle est automatiquement transférée dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur.

Dans des cas justifiés, la personne assurée peut changer de fournisseur de prestations coordonnant et en choisir un nouveau parmi l'offre de l'assureur. La demande de changement doit être communiquée par écrit directement à l'assureur; elle doit contenir les motifs et être effectuée avant de recourir aux prestations du fournisseur de prestations coordonnant nouvellement choisi.



8 Résiliation par la personne assurée

La résiliation de l'assurance BeneFit PLUS est possible pour la fin d'une année civile en respectant un délai de résiliation de trois mois, ou, en cas de communication d'une nouvelle prime, pour la fin du mois précédant l'application de la nouvelle prime, en respectant un délai de résiliation d'un mois. La résiliation, qui doit être communiquée par écrit, a pour effet le transfert dans l'assurance obligatoire des soins nouvellement choisie. Les dispositions légales sont réservées.

9 Suspension par l'assureur

L'assureur peut suspendre l'assurance BeneFit PLUS ou une option de cette assurance moyennant un préavis de deux mois pour la fin d'une année civile.

La personne assurée peut choisir, avec effet à la date de la suspension, entre une autre forme particulière d'assurance ou l'assurance obligatoire des soins. L'assureur attire l'attention de la personne assurée sur les possibilités dont elle dispose lorsqu'il lui signifie la résiliation.

Si la personne assurée n'exerce pas son droit dans le délai imparti, elle est automatiquement transférée dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur.

Primes et participations aux coûts**10 Primes**

Si le rapport d'assurance débute ou se termine au cours d'un mois civil, les primes sont dues au jour près.

Les primes sont en règle générale perçues chaque mois. Elles doivent être payées d'avance et sont échues le premier jour de chaque mois. Si d'autres périodes de paiement ont été convenues, les primes sont échues le premier jour de la période correspondante.

Lorsque la prime n'a pas été réglée, un rappel est envoyé à la personne assurée pour l'avertir des conséquences du retard. Un délai supplémentaire lui est alors octroyé pour qu'elle puisse s'acquitter des primes en retard. Si aucun paiement n'est intervenu à l'issue de ce délai, les primes sont encaissées par voie de poursuites.

11 Rabais sur les primes

Un rabais sur la prime de l'assurance obligatoire des soins peut être accordé pour toutes les options de l'assurance BeneFit PLUS. Le tarif de primes correspondant est déterminant. Le montant de la franchise et de la quote-part pour les prestations fournies aux personnes assurées ainsi que celui de la contribution aux frais d'un séjour hospitalier sont déterminés conformément aux prescriptions de la Confédération en la matière et sont publiés sur le site Internet de l'assureur ainsi que dans l'annexe annuelle à la police.

12 Participations aux coûts

Lorsque l'assureur rembourse directement le fournisseur de prestations, la personne assurée a l'obligation de restituer à l'assureur les franchises annuelles convenues et/ou les quotes-parts dans les 30 jours qui suivent la facturation. Si la personne assurée ne s'acquitte pas de ses dettes, le ch. 10 est applicable par analogie.

13 Emoluments

La personne assurée dispose de plusieurs modalités lui permettant de régler sans frais ses primes et ses participations aux coûts. L'assureur peut facturer à la personne assurée les frais qui découlent de versements effectués à un guichet de la poste.

Les frais résultant du retard dans l'acquittement des primes et participations aux coûts, tels que les frais de rappel et les frais d'encaissement, vont à la charge de la personne assurée.

Pour les conventions de paiement par acomptes en cas d'arriérés de paiements, des frais sont facturés. Le montant des frais dépend du montant de la créance ainsi que du nombre d'acomptes prévu.



Droits et obligations de l'assureur

14 Communications et paiements

Toutes les communications destinées à l'assureur doivent être envoyées à l'adresse mentionnée dans la police. La personne assurée reçoit valablement les communications et paiements de l'assureur à la dernière adresse ou à la dernière adresse de paiement indiquée. Des informations complémentaires et autres communications officielles relatives p. ex. aux modifications des présentes Conditions d'assurance sont publiées sur le site Internet de l'assureur et avec l'annexe annuelle à la police.

Les versements sur un compte postal ou bancaire en Suisse sont dépourvus de frais. Des frais de CHF 3.– peuvent être déduits en cas de virement sur un compte à l'étranger. En l'absence de coordonnées bancaires ou de compte postal, les paiements sont effectués à l'aide d'un bulletin de paiement (BPR) et les frais engendrés sont déduits de l'avoir.

15 Echéance des prestations

Le droit à des prestations naît au moment du traitement.

Droits et obligations de la personne assurée

16 Restriction dans le choix du fournisseur de prestations

La personne assurée est tenue de toujours s'adresser au fournisseur de prestations coordonnant qu'elle a choisi (le cas échéant, au représentant désigné par celui-ci) avant de solliciter une prestation ou un traitement médical.

Tenant compte de la situation individuelle de la personne assurée ainsi que d'éventuelles mesures de soins intégrés (cf. ch. 19), le fournisseur de prestations coordonnant définit le processus de traitement adéquat et optimal (notamment en aiguillant la personne assurée vers d'autres médecins ou auxiliaires médicaux et/ou en lui enjoignant de les consulter). Le processus de traitement éventuellement prescrit doit obligatoirement être suivi par la personne assurée. Si, au cours du processus de traitement, un changement inattendu survient, ou si le temps de traitement prévu initialement ne suffit pas, la personne assurée est tenue de reprendre contact avec le fournisseur de prestations coordonnant. Ceci vaut en particulier pour les maladies chroniques.

17 Exceptions aux restrictions dans le choix du fournisseur de prestations

Il n'est pas nécessaire de prendre contact avec le fournisseur de prestations coordonnant avant de se soumettre à un examen gynécologique préventif ou en obstétrique.

Pour les traitements ophtalmologiques ainsi que pour une première prescription de lunettes resp. lentilles de contact, la personne assurée doit s'adresser au préalable à son fournisseur de prestations coordonnant. Les adaptations subséquentes peuvent être effectuées directement par un ophtalmologue et ne nécessitent pas une nouvelle prise de contact avec le fournisseur de prestations coordonnant.

Les traitements dentaires peuvent être effectués directement par un dentiste et ne nécessitent aucun transfert par le fournisseur de prestations coordonnant.

18 Cas d'urgence

En cas d'urgence, la personne assurée s'adresse à son fournisseur de prestations coordonnant chaque fois que cela est possible. Si le fournisseur de prestations coordonnant n'est pas joignable, il faut faire appel au médecin d'urgence ou au service régional d'urgence du lieu de domicile, le cas échéant du lieu de séjour.

Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé, par elle-même ou par un tiers, comme pouvant mettre sa vie en danger ou comme devant faire l'objet d'un traitement immédiat. Un problème de santé, nouveau ou récurrent, survenant en dehors des heures de consultation médicale ne peut être considéré systématiquement comme une urgence.

En cas d'hospitalisation d'urgence ou de traitement par le médecin d'urgence, la personne assurée est tenue d'informer ou de faire informer son fournisseur de prestations coordonnant dans les meilleurs délais et de lui remettre une attestation du médecin d'urgence.

Si une consultation de contrôle s'avère par la suite nécessaire, la personne assurée est tenue de s'adresser à son fournisseur de prestations coordonnant. Avec l'autorisation du fournisseur de prestations coordonnant, le traitement peut aussi se poursuivre chez le médecin consulté d'urgence, aussi longtemps que nécessaire.



19 Mesures de soins et de pilotage intégrés

Si un plan global de soins est indiqué face à une maladie spécifique (notamment en cas de maladie chronique ou potentiellement chronique), la personne assurée est dans l'obligation de se soumettre aux mesures spéciales de soins intégrés. Celles-ci peuvent s'inscrire, par exemple, dans le cadre d'un programme de Disease Management, de Case Management ou inclure le choix de fournisseurs de prestations particuliers. L'assureur, le fournisseur de prestations coordonnant ou un prestataire tiers signalent ces mesures à la personne assurée, qui est tenue de les appliquer.

La personne assurée a l'obligation d'annoncer au fournisseur de prestations coordonnant ou à l'assureur, au moins 10 jours à l'avance, les traitements hospitaliers (ambulatoires ou stationnaires) prévus.

La personne assurée est tenue de prendre en considération des fournisseurs avantageux (p. ex. pharmacies de vente par correspondance) lorsqu'elle a besoin de médicaments, d'analyses de laboratoire ou de moyens auxiliaires. L'assureur ou le fournisseur de prestations coordonnant lui signale les fournisseurs dont il faut tenir compte dans le cas d'espèce.

La personne assurée s'engage à accepter la prescription du médicament le plus économique pour le traitement de l'affection dont elle souffre. Il peut s'agir d'un générique ou d'une préparation originale avantageuse. Si la personne assurée achète un médicament pour lequel une alternative plus avantageuse existe, l'assureur ou le fournisseur de prestations coordonnant l'en informe.

20 Obligation de réduire le dommage

La personne assurée doit suivre les prescriptions du médecin, faire tout ce qui favorise la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir.

21 Communications

Toutes les communications destinées à l'assureur doivent être envoyées à l'adresse mentionnée dans la police ou au siège principal.

Tout changement d'adresse doit être annoncé sans délai par écrit à l'assureur. Si un changement de domicile entraîne une modification de la prime, l'assureur adapte la prime pour le premier du mois suivant. En cas d'annonce tardive, l'assureur est en droit de modifier les primes avec effet rétroactif au moment où la modification aurait pris effet si la communication avait été effectuée dans les délais.

22 Carte d'assuré

La personne assurée reçoit une carte d'assuré. Cette dernière fait office de pièce de légitimation vis-à-vis des fournisseurs de prestations. Pour autant qu'il existe des contrats correspondants, elle donne également droit à des prestations, p. ex. le retrait sans argent comptant dans les pharmacies de médicaments prescrits par le médecin.

La carte d'assuré est valable aussi longtemps que dure la couverture d'assurance. Elle ne doit être ni prêtée, ni transférée ni encore mise à disposition de tiers de quelque manière que ce soit. Si la carte d'assuré est perdue ou si la personne assurée en perd la trace d'une manière ou d'une autre, l'assureur doit en être informé sans retard. La personne assurée doit détruire immédiatement la carte d'assuré dès que la couverture d'assurance est supprimée.

La personne au nom de laquelle la carte d'assuré est établie répond du dommage causé à l'assureur du fait d'une utilisation abusive de la carte d'assuré. En particulier, il lui incombe de rembourser à l'assureur les prestations d'assurance versées à tort et de prendre en charge les frais y relatifs. Demeure réservé le comportement non fautif.



Violation des obligations

23 Conséquences d'une violation des obligations

En cas de violation des obligations mentionnées dans les présentes Conditions d'assurance, l'assureur, qui respectera le principe de proportionnalité, est en droit d'exclure durant au moins 12 mois la personne assurée de l'assurance BeneFit PLUS, en observant un délai de 30 jours pour la fin d'un mois civil, et/ou de ne pas prendre en charge des coûts de prestations qui n'ont pas été fournies ou ordonnées par le fournisseur de prestations coordonnant ou qui contredisent les instructions de ce dernier. L'exclusion ou le refus de prise en charge des coûts sont communiqués par écrit, en indiquant le comportement fautif. Une exclusion de l'assurance BeneFit PLUS entraîne automatiquement le transfert dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur.

Options d'assurance

24 Fournisseur de prestations coordonnant pouvant être choisi

La personne assurée peut opter pour:

- un service de conseil-santé par téléphone ou télémédecine
- un médecin de famille ou un cabinet de groupe coordonnant

Divers

25 Effets sur les assurances complémentaires

Les dispositions restrictives relatives à l'octroi de prestations dans l'assurance BeneFit PLUS peuvent également s'appliquer aux assurances complémentaires conclues auprès de l'assureur, les conditions d'assurance des assurances complémentaires correspondantes étant alors déterminantes.

26 Protection et traitement des données

Protection des données

Les données sont traitées dans le plus strict respect des dispositions en la matière contenues dans la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et la loi sur la protection des données (LPD).

Traitement des données

En concluant l'assurance BeneFit PLUS, la personne assurée autorise l'assureur, le fournisseur de prestations coordonnant ou les tiers agissant en son nom à s'échanger les données de traitement et de facturation concernant les soins médicaux dans leur ensemble, pour autant que ces données soient requises pour le déroulement de l'assurance BeneFit PLUS et notamment pour la vérification du respect des obligations faites à la personne assurée. La personne assurée autorise également le traitement de ces données par l'assureur. En cas de changement de fournisseur de prestations coordonnant, la personne assurée autorise par écrit la transmission de ces informations au nouveau fournisseur de prestations coordonnant et libère ainsi l'ancien fournisseur de prestations coordonnant du secret professionnel.

27 Voies de droit

Lorsqu'une personne assurée n'est pas d'accord avec une prise de position de l'assureur, elle peut exiger une décision écrite. Les voies de recours sont mentionnées dans la décision.

28 Responsabilité

La responsabilité pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques incombe exclusivement aux fournisseurs de prestations traitant la personne assurée (p. ex. médecins, thérapeutes, service de conseilsanté par téléphone).

29 Entrée en vigueur

Les présentes Conditions d'assurance entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2021. Elles remplacent les Conditions d'assurance BeneFit PLUS, édition du 1^{er} juillet 2016.

