

Edition du 1^{er} janvier 2021

Conditions d'assurance (CA) Assurance PREMED-24 – Forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994

Table des matières

Introduction	
Dispositions générales	
1 En quoi consiste l'assurance PREMED-24?	
2 Quels sont les principes applicables à l'assurance PREMED-24?	
3 Sur quelles bases juridiques se fonde cette assurance?	
4 Qui est couvert par la présente assurance?	
Conclusion/résiliation/suppression de l'assurance	
5 Qui peut conclure cette assurance?	
6 Quand et comment le contrat peut-il être résilié?	
7 L'assureur peut-il suspendre l'assurance PREMED-24?	
Primes et participation aux coûts	
8 Quelles sont les conditions applicables en matière de primes et de participation aux coûts?	
Droits et obligations	
9 Que dois-je faire en cas de maladie ou d'accident?	
10 Quelles sont mes obligations en tant que personne assurée?	
11 Y a-t-il des exceptions à cette obligation?	
12 Que dois-je faire en cas d'urgence en tant que personne assurée?	
13 Que faire en cas de maladie chronique?	
14 Quels droits et obligations doivent être observés concernant la carte d'assuré?	
15 Quelles sont les conditions applicables en matière de communications et paiements?	
16 Comment est régie l'échéance?	
Manquement aux devoirs	
17 Quelles sont les conséquences d'un manquement aux conditions d'assurance?	
Divers	
18 Quelles données sont transmises à l'assureur par le service de conseil-santé par téléphone?	
19 Comment est régie la responsabilité?	
20 Que se passe-t-il en cas de litige?	
21 Quand les présentes Conditions d'assurance entrent-elles 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 En quoi consiste l'assurance PREMED-24?**

L'assurance PREMED-24 est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité 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).
- 2 Quels sont les principes applicables à l'assurance PREMED-24?**

Avant de prendre rendez-vous pour un traitement médical auprès d'un fournisseur de prestations (médecin, chiropraticien, sage-femme, hôpital, etc.), les personnes assurées ou des tiers agissant pour leur compte sont tenus de prendre contact avec le service de conseil-santé par téléphone.

Le service de conseil-santé par téléphone ne fournit aucune prestation diagnostique ou thérapeutique, mais se contente de prodiguer des conseils médicaux et des recommandations sur les étapes suivantes de traitement et, si nécessaire, sur la consultation d'un fournisseur de prestations au choix, selon la gravité de la maladie et l'urgence du problème de santé.

Si un contrôle ultérieur par le médecin traitant ou un transfert à un autre fournisseur de prestations s'avère nécessaire, la personne assurée est tenue de prendre une nouvelle fois contact avec le service de conseil-santé par téléphone.
- 3 Sur quelles bases juridiques se fonde cette assurance?**
 - 3.1 L'assurance PREMED-24 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 par les présentes Conditions d'assurance.
 - 3.2 Les présentes conditions d'assurance ne contiennent que les dispositions applicables en complément aux bases légales mentionnées au chiffre 3.1.



4 Qui est couvert par la présente assurance?

Les personnes couvertes par la présente assurance sont mentionnées dans la police d'assurance.

Conclusion/résiliation/suppression de l'assurance**5 Qui peut conclure cette assurance?**

Toutes les personnes assurées peuvent conclure l'assurance PREMEDI-24 dans les limites des dispositions légales. Ne peuvent être admises les personnes qui ont été exclues pour un certain temps de ce produit d'assurance (cf. ch. 17).

6 Quand et comment le contrat peut-il être résilié?

Le transfert de PREMEDI-24 dans l'assurance obligatoire des soins est possible pour la fin d'une année civile en respectant le délai de résiliation de trois mois. La résiliation doit être signifiée par écrit et entraîne le transfert dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur ou d'un autre assureur-maladie. Demeure réservé le droit de changer d'assureur pendant l'année civile conformément aux dispositions légales en vigueur.

7 L'assureur peut-il suspendre l'assurance PREMEDI-24?

L'assureur peut suspendre l'assurance PREMEDI-24 moyennant un préavis de deux mois pour la fin d'une année civile.

Primes et participation aux coûts**8 Quelles sont les conditions applicables en matière de primes et de participation aux coûts?**

- 8.1 Un rabais sur la prime de l'assurance obligatoire des soins peut être accordé dans l'assurance PREMEDI-24. Le tarif de primes en vigueur est déterminant.
- 8.2 Les personnes assurées peuvent 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.
- 8.3 Si le rapport d'assurance débute ou se termine au cours d'un mois civil, les primes sont dues au jour près.
- 8.4 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.
- 8.5 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.
- 8.6 En cas de paiements directs aux fournisseurs de prestations par l'assureur, la personne assurée est tenue de rembourser les franchises annuelles convenues et/ou les quotes-parts dans les 30 jours qui suivent la facturation de l'assureur. Si la personne assurée ne paie pas son dû, le ch. 8.5 est applicable par analogie.
- 8.7 Les frais résultant du retard dans l'acquittement des primes et participations aux coûts, comme par ex. les frais de rappel et les frais d'encaissement, vont à la charge de la personne assurée.
- 8.8 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

9 Que dois-je faire en cas de maladie ou d'accident?

Les personnes assurées doivent suivre les prescriptions du médecin, faire tout ce qui favorise la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir.

10 Quelles sont mes obligations en tant que personne assurée?

Avant de prendre rendez-vous pour un traitement médical auprès d'un fournisseur de prestations, les personnes assurées s'engagent à prendre contact avec le service de conseil-santé par téléphone. Tout contrôle ultérieur ou transfert à un autre fournisseur de prestations est soumis à une nouvelle prise de contact avec le service de conseil-santé par téléphone (cf. ch. 2).

11 Y a-t-il des exceptions à cette obligation?

Lors d'un séjour à l'étranger, il n'est pas obligatoire de téléphoner au préalable au service de conseil-santé. De même, pour les contrôles gynécologiques préventifs, la personne assurée n'est pas tenue de téléphoner au préalable au service de conseil-santé.

Pour les traitements ophtalmologiques ainsi que pour une première prescription de lunettes resp. lentilles de contact à partir de 19 ans révolus, la personne assurée doit téléphoner au préalable au service de conseil-santé. Les adaptations subséquentes peuvent être effectuées directement par un opticien et ne nécessitent pas une nouvelle prise de contact avec le service de conseil-santé par téléphone.

12 Que dois-je faire en cas d'urgence en tant que personne assurée?

Lorsque la situation exige manifestement une consultation en urgence, la personne assurée n'est pas tenue de téléphoner au préalable au service de conseil-santé. 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. Si un traitement en urgence requiert par la suite des contrôles ou des traitements, l'obligation faite au chiffre 10 des présentes Conditions d'assurance demeure valable.

13 Que faire en cas de maladie chronique?

En cas de maladie chronique, la personne assurée doit contacter tous les trois mois le service de conseil-santé par téléphone. Le médecin traitant doit confirmer qu'il s'agit d'une maladie chronique. Pour tout autre problème de santé, qui ne peut être qualifié de chronique, l'obligation faite au chiffre 10 des présentes Conditions d'assurance demeure valable.

14 Quels droits et obligations doivent être observés concernant la carte d'assuré?

14.1 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, par ex. le retrait sans argent comptant dans les pharmacies de médicaments prescrits médicalement.

14.2 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.

14.3 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.



15 Quelles sont les conditions applicables en matière de communications et paiements?

- 15.1 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.
- 15.2 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.
- 15.3 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.
- 15.4 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.
- 15.5 Des informations complémentaires et 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.

16 Comment est régie l'échéance?

Le droit à des prestations débute au moment du traitement.

Manquement aux devoirs**17 Quelles sont les conséquences d'un manquement aux conditions d'assurance?**

En cas de manquement aux devoirs précisés dans les présentes Conditions d'assurance, l'assureur est en droit d'exclure la personne assurée de l'assurance PREMEDI-24 pendant au moins 12 mois pour la fin d'un mois civil, moyennant un préavis de 30 jours. L'exclusion est signifiée par écrit, avec mention des infractions commises. La personne assurée est alors automatiquement transférée dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur.

Divers**18 Quelles données issues du service de conseil-santé par téléphone sont transmises à l'assureur ?**

Le service de conseil-santé par téléphone transmet à l'assureur les données dont ce dernier a besoin pour examiner le respect des dispositions de l'assurance PREMEDI-24, notamment le respect des devoirs de la personne assurée envers le service de conseil-santé par téléphone. Ces informations sont transmises dans le plus strict respect des dispositions en matière de protection des données 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).

19 Comment est régie la responsabilité?

La responsabilité pour les prestations thérapeutiques et diagnostiques incombe exclusivement aux fournisseurs de prestations choisis par la personne assurée.

20 Que se passe-t-il en cas de litige?

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.

21 Quand les présentes Conditions d'assurance entrent-elles en vigueur?

Les présentes Conditions d'assurance entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Elles remplacent les Conditions d'assurance pour l'assurance PREMEDI-24, édition du 1^{er} juillet 2016.

