

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance des soins

Tel Doc (LAMal)

À noter:

- Les désignations de personnes s'appliquent dans le présent document de façon générale aux deux sexes. Il est fait usage du terme générique pour des raisons de lisibilité.

Ces conditions du contrat d'assurance sont valables pour les assureurs suivants:

- Visana SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16
- sana24 SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16
- Galenos SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16

Ces Conditions générales d'assurance (CGA) sont constituées de deux parties:

- Partie I – Partie générale
- Partie II – Dispositions complémentaires relatives au modèle d'assurance Tel Doc

I Partie générale

1. Dispositions générales

1.1 Principes

Les Conditions générales d'assurance (CGA) ne sont pas exhaustives et complètent les dispositions légales.

1.2 Bases légales

Les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) et leurs dispositions d'application sont déterminantes pour la mise en œuvre de cette assurance. Les présentes CGA sont appliquées en complément aux dispositions légales.

1.3 Franchise à option

L'assureur propose l'assurance obligatoire des soins avec une franchise annuelle à option. Les franchises annuelles à option se fondent sur les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (article 93 et 94 OAMal).

2. Rapport d'assurance

2.1 Possibilités d'assurance

L'assureur assure les personnes physiques domiciliées en Suisse.

2.2 Conditions d'admission

L'admission dans l'assurance obligatoire des soins est possible par la signature écrite des formulaires de proposition. Pour les personnes en incapacité d'exercer leurs droits, la signature du représentant légal est requise.

2.3 Début de l'assurance

1. L'assurance prend effet à la date convenue. L'assureur confirme la date d'admission par écrit.
2. Après leur admission, les assurés reçoivent une police d'assurance qui confirme la couverture d'assurance.
3. En cas d'admission dans les trois mois après la naissance ou la prise de domicile en Suisse, l'assurance déploie ses effets au moment de la naissance ou de la prise de domicile.
4. En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. En cas de retard non excusable, la personne assurée doit verser un supplément de prime conformément aux dispositions légales.

2.4 Adaptation de l'assurance

1. La franchise peut toujours être adaptée au 1^{er} janvier. En cas de passage à une franchise plus basse, il doit être tenu compte des prescriptions en matière de résiliation selon le point 2.6.
2. Si l'assuré est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, il peut demander la suspension de la couverture-accidents moyennant une réduction de prime. La prime est réduite au début du mois suivant la demande. La suspension est supprimée immédiatement après l'expiration de l'assurance-accidents selon la LAA. La suppression de l'assurance-accidents doit être annoncée à l'assureur dans les 30 jours.

2.5 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin par:

1. la résiliation;
2. le décès de l'assuré;
3. la sortie de l'assuré du rayon d'activité de l'assureur;
4. la suppression de l'obligation de s'assurer

2.6 Résiliation

1. Les assurés peuvent résilier l'assurance pour la fin de l'année, sous respect d'un délai de résiliation de trois mois.
2. Les nouvelles primes sont communiquées au moins deux mois avant leur entrée en vigueur. Lors de la communication de la nouvelle prime, les assurés peuvent changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, sous respect d'un délai de résiliation d'un mois.
3. L'assurance auprès de l'assureur actuel ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure la personne concernée sans interruption de la couverture d'assurance.
4. D'après l'article 64a alinéa 6 LAMal, les assurés ne peuvent pas changer d'assureur tant qu'ils n'ont pas payé intégralement les primes, les participations aux coûts arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite.

2.7 Comment l'assureur informe-t-il ses assurés? Quelles obligations de déclarer avez-vous?

1. Organe de publication

Les modifications des conditions d'assurance ainsi que les notifications de faits généraux se font sous une forme contraignante, dans l'organe de publication officiel du groupe Visana. Chaque ménage reçoit par courrier un exemplaire de l'organe de publication.

2. **Police d'assurance**
Toutes les personnes assurées reçoivent une attestation individuelle relative à leur couverture d'assurance sous forme d'une police d'assurance.
3. **Obligations de déclarer des assurés**
Les assurés sont dans l'obligation de déclarer à l'unité d'organisation de l'assureur figurant sur la police d'assurance toutes les modifications personnelles (p. ex. changement d'adresse) susceptibles d'intéresser l'assurance, dans un délai d'un mois.
4. **Violation des obligations de déclarer**
Les préjudices résultant de la non-observation de l'obligation d'annoncer sont à la charge de la personne assurée.

3. Prestations

3.1 Principe

Les prestations légales sont allouées pour la maladie, l'accident, les infirmités congénitales et la maternité.

3.2 Maladie

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.

3.3 Accident et infirmités congénitales

En cas d'accident ou d'infirmité congénitale, les mêmes prestations sont allouées qu'en cas de maladie, dans la mesure où l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité ou des tiers n'en assument pas les frais. 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.

3.4 Conditions de prise en charge des prestations

L'assureur prend en charge les coûts de prestations qui sont efficaces, appropriées et économiques. Sont réputées économiques les prestations qui sont limitées à la mesure exigée par l'intérêt de la personne assurée et le but du traitement.

3.5 Fondement des prestations

Lorsque les assurés font valoir des prestations de l'assureur, ils doivent lui présenter les factures et ordonnances détaillées, accompagnées des indications nécessaires (numéro d'assuré). S'il existe un droit aux prestations, l'assureur rembourse aux assurés la part des frais qu'il prend en charge.

3.6 Fournisseurs de prestations

Les fournisseurs de prestations reconnus sont notamment les personnes et institutions suivantes:

- les médecins,
- les pharmaciens,
- les chiropraticiens,
- les sages-femmes,
- les laboratoires,
- les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques,

Sur ordonnance médicale:

- les physiothérapeutes,
- les ergothérapeutes,
- les infirmières et infirmiers,
- les logopédistes/orthophonistes.

3.7 Prestations à l'étranger

1. Les prestations pour les traitements à l'étranger sont allouées conformément aux dispositions légales, notamment en cas d'urgence. Les frais de traitement doivent être justifiés en détail.
2. Les factures et documents provenant de l'étranger doivent être soumis en allemand, en français, en italien ou en anglais. Une traduction doit être jointe aux factures et documents rédigés dans d'autres langues.

3.8 Quelles sont les relations avec les autres assurances et les prestations de tiers (action récursoire)?

1. **Obligation de déclarer**
Lorsqu'une autre assurance ou un tiers doit verser des prestations pour une éventualité assurée, la personne assurée doit en informer l'assureur. Elle est aussi tenue de renseigner l'assureur sur toutes les prestations qui lui sont versées. Avant de convenir d'une somme de dédommagement ou de signer une déclaration de renonciation aux prestations, la personne assurée doit en informer l'assureur. Les assurés ont l'obligation de revendiquer leur droit aux prestations envers d'autres assureurs ou des tiers responsables. Si ces obligations de déclaration en vue d'une revendication ne sont pas respectées, les prestations de l'assurance peuvent être réduites, voire refusées.
2. **Coordination des prestations**
Les relations de l'assurance-maladie sociale avec les autres assurances sociales sont régies par les dispositions légales.
3. **Subrogation**
Dès la survenance de l'événement assuré, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de la personne assurée contre tout tiers dont la responsabilité est impliquée dans le cas d'assurance.

3.9 Quand devez-vous restituer des prestations?

Les prestations allouées à tort ou par erreur doivent être restituées à l'assureur.

3.10 Cession et mise en gage de prestations

Les créances envers l'assureur ne peuvent être ni cédées ni mises en gage par les assurés sans l'approbation de celui-ci. La cession des créances aux fournisseurs de prestations demeure réservée.

4. Primes

4.1 Fixation des primes

1. Les primes sont fixées selon le tarif approuvé par l'autorité de surveillance. Les primes sont échelonnées en fonction de l'âge et des régions.
2. Si un changement de domicile entraîne une adaptation de la prime, la prime est adaptée au moment du changement de domicile.

4.2 Paiement des primes

1. Les primes sont payables d'avance. Par convention spéciale, elles peuvent être payées à un rythme bimensuel, semestriel ou annuel.
2. Les primes peuvent être payées par le biais de procédés de recouvrement direct comme LSV/DD. En cas d'annulation de recouvrement provoquée par les assurés, une taxe peut leur être imputée pour chaque annulation de recouvrement.
3. Une taxe peut être perçue en cas de retards de paiement dans les accords de paiement par acomptes.
4. Durant le mois d'affiliation, les primes sont dues au jour exact du début d'assurance. Durant le mois de sortie ou

de décès, la prime n'est plus due pour la période après le jour de la sortie ou du décès.

4.3 Participation aux coûts

La franchise, la quote-part et la contribution aux frais du séjour hospitalier sont perçues conformément aux prescriptions du droit fédéral.

Lorsque plusieurs enfants d'une même famille sont assurés auprès du même assureur, leur participation aux coûts annuelle s'élève au maximum à 950 francs au total.

4.4 Paiements

L'assureur paie ses prestations sur un compte postal ou bancaire suisse. Si les assurés souhaitent un paiement au moyen d'un bulletin de paiement (BPR), la totalité des taxes correspondantes leurs sont facturées.

4.5 Suspension

1. La personne assurée qui est assujettie pendant plus de 60 jours consécutifs à l'assurance-militaire est exemptée du paiement des primes. L'assujettissement doit être annoncé à l'assureur au moins huit semaines avant son commencement. Si ce délai n'est pas respecté, l'assureur ne perçoit plus de primes à partir de la prochaine date possible, mais au plus tard huit semaines après l'avis.
2. Si l'assuré est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, il peut demander la suspension de la couverture-accidents moyennant une réduction de prime. La prime est réduite au début du mois suivant la demande. La suspension est supprimée immédiatement après l'expiration de l'assurance-accidents selon la LAA. La suppression de l'assurance-accidents doit être annoncée à l'assureur dans les 30 jours.

4.6 Retard dans les paiements

1. Si les assurés ne paient pas les primes et les participations aux coûts échues, l'assureur leur envoie, après au moins un rappel écrit, une sommation, leur accorde un délai de 30 jours pour s'acquitter du paiement et les rend attentifs aux conséquences du retard dans les paiements.
2. Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus dans le délai imparti, l'assureur doit engager des poursuites.

4.7 Taxe de traitement, frais de poursuite et intérêts moratoires

Les intérêts moratoires légaux doivent être payés pour les créances de primes dues. L'assureur facture des frais de traitement appropriés pour les autres dépenses en rapport avec des sommations et poursuites.

Les personnes assurées ont plusieurs possibilités pour payer leurs primes et participations aux coûts sans frais. L'assureur peut répercuter sur les personnes assurées les frais occasionnés par les versements effectués au guichet postal ou à d'autres points d'accès physiques de la Poste.

5. Voies de droit

5.1 Décision

Lorsqu'une personne assurée ou un proposant n'accepte pas une décision, l'assureur rend, sur demande, une décision écrite, dans les trente jours avec indication des motifs et des voies de recours.

5.2 Opposition

Cette décision peut être attaquée par voie d'opposition auprès de l'assureur dans les trente jours à dater de sa notification. L'opposition doit être déposée en deux exemplaires et avec les documents de preuve nécessaires. L'assureur examine l'oppo-

sition et rend une décision écrite sur opposition avec indication des motifs et des voies de recours.

5.3 Tribunal cantonal des assurances

1. Les décisions sur opposition de l'assureur peuvent être attaquées dans les trente jours à partir de la notification, par voie de recours auprès du tribunal cantonal des assurances.
2. Le recours auprès du tribunal des assurances peut aussi être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition dans le délai imparti.

6. Protection des données

6.1 Protection des données et obligation de garder le secret: généralités

Les collaborateurs de l'assureur sont soumis à l'obligation de garder le secret selon l'art. 33 LPGA.

Les données personnelles sont traitées principalement afin d'allouer les prestations de l'assurance obligatoire des soins et afin de conseiller et d'assurer le suivi des personnes assurées, en vue de leur garantir une protection d'assurance fiable et adaptée à leurs besoins. L'assureur a par ailleurs besoin de traiter des données personnelles pour l'acquisition de nouveaux contrats dans le domaine LAMal, pour remplir les exigences légales et réglementaires, pour créer et développer ses produits et prestations de services et pour maintenir une exploitation sûre, efficace et économique. Le traitement des prestations et l'encaissement comprennent des traitements de données électroniques, qui peuvent être considérés comme des décisions individuelles automatisées. Les entretiens téléphoniques avec nos collaboratrices et collaborateurs peuvent être enregistrés afin de garantir la qualité de la prestation de service ainsi qu'à des fins de formation.

L'assureur peut, dans les limites du besoin et celles exigées par la loi, transmettre à des fins de traitement des données aux tiers concernés par le suivi du contrat en Suisse et à l'étranger (p. ex. assureurs impliqués, médecin-conseils, médecins-consultants et autorités), en particulier à des sociétés du groupe Visana ainsi qu'à des co-assureurs, assureurs précédents, nouveaux assureurs et réassureurs. L'assureur peut également mandater spécialement des tiers pour qu'ils fournissent des prestations de service en faveur des personnes assurées (p. ex. fournisseur d'accès informatique). L'assureur soumet ces tiers à une obligation contractuelle de confidentialité et de traitement des données personnelles en conformité avec les dispositions relatives à la protection des données. Cela peut non seulement inclure des données personnelles, telles que le nom, la date de naissance et le numéro d'assuré/e, mais aussi des données personnelles particulièrement sensibles, notamment des données individuelles relatives à la santé. À cet égard, les exigences légales plus strictes concernant le traitement de données personnelles particulièrement sensibles doivent être respectées.

Les données personnelles peuvent être conservées aussi bien sous forme physique qu'électronique. Les données sont sauvegardées majoritairement en Suisse. L'assureur prend les mesures requises afin que les données personnelles soient transmises uniquement dans des pays garantissant une protection adéquate des données.

L'assureur veille à l'actualité, à la fiabilité et à l'exhaustivité des données personnelles communiquées.

L'assureur recueille et utilise les données personnelles conformément aux dispositions applicables relatives à la protection des données, à savoir la loi suisse sur la protection des données, et aux autres dispositions légales, en particulier les art. 84, 84a et 84b LAMal.

De plus amples informations relatives au traitement des données personnelles sont disponibles dans la déclaration de

6.2 Transmission de données à/par Medi24

1. Pour permettre l'identification des personnes assurées, l'assureur autorise Medi24 SA, Waldeggstrasse 51d, 3097 Liebefeld (ci-après désigné par Medi24) à accéder aux données personnelles actualisées des personnes assurées (données de base et couverture d'assurance).
2. L'assureur met à disposition de Medi24 un aperçu de toutes les prestations médicales dont les personnes assurées ont bénéficié, afin que Medi24 puisse vérifier le déroulement du traitement prescrit.
3. Medi24 met à disposition de l'assureur les données nécessaires à la fixation des prestations comme la date de l'appel et la période de consultation chez le fournisseur de prestations défini. Pour ce faire, aucune donnée médicale ou autre information personnelle sensible d'après la loi sur la protection des données n'est transmise.
4. Avec son affiliation à Tel Doc, l'assuré accepte la transmission des données administrativement nécessaires.

7. Dispositions finales

7.1 Adaptation des Conditions générales d'assurance

Les modifications des conditions générales d'assurance ou d'autres informations contraignantes sont communiquées aux assurés par écrit ou par publication dans les magazines de la clientèle.

7.2 Communications

1. Toutes les communications doivent être adressées à l'assureur.
2. Toutes les communications de la part de l'assureur sont adressées à la dernière adresse en Suisse indiquée par l'assuré ou au nouveau domicile légal trouvé par l'assureur à la suite de ses recherches.

7.3

II Dispositions complémentaires relatives au modèle d'assurance Tel Doc

8. Dispositions générales

8.1 Objectif

1. L'objectif de Tel Doc est d'encourager les assurés à avoir un mode de vie responsable et sain. Medi24 est responsable du conseil médical et de la coordination de toutes les questions de santé.
2. La qualité des prestations est améliorée et des économies sensibles dans le domaine de la santé sont réalisées grâce au conseil et au suivi global de Medi24.

8.2 Bases légales

1. Sous le nom de Tel Doc existe ci-après la forme particulière d'assurance au sens de l'article 62 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), en relation avec l'article 41 alinéa 4 LAMal.
2. Dans le cadre de ces Conditions générales d'assurance (CGA) pour une utilisation ciblée des moyens dans le do-

9. Rapport d'assurance

9.1 Possibilité d'assurance

Dans le cadre des dispositions légales, Tel Doc est ouvert à toutes les personnes intéressées domiciliées dans les régions dans lesquelles l'assureur propose cette forme d'assurance.

9.2 Passage à Tel Doc

L'affiliation ou le passage de l'assurance obligatoire des soins à Tel Doc est possible en tout temps pour le premier jour du mois suivant le dépôt de la proposition (entrée de la proposition chez l'assureur).

9.3 Changement de l'assurance

1. Le passage de Tel Doc dans une autre branche d'assurance est possible pour le début d'une année civile, sous respect d'un délai de résiliation d'un mois. L'article 7 alinéas 3 et 4 LAMal demeure réservé.
2. Une sortie anticipée du modèle de Tel Doc est possible en tout temps
 - lorsque l'assuré transfère son domicile dans une région dans laquelle l'assureur ne propose pas ce produit;
 - si l'assureur renonce à proposer ce produit.
3. En cas d'événements selon l'alinéa 2, l'assuré est informé par l'assureur. L'assureur se réserve le droit de ne plus proposer Tel Doc à la fin d'une année civile. Les assurés concernés en sont informés au moins deux mois avant la fin de l'assurance.

9.4 Changement du domicile

En cas de départ de la Suisse, l'obligation de s'assurer est suspendue et l'assurance est résiliée. L'assureur doit immédiatement en être informé.

10. Fondements et étendue des prestations

10.1 Principe

1. Si un problème de santé survient, les assurés, ou une tierce personne à leur place, sont tenus de prendre contact par téléphone avec Medi24 avant de convenir d'un rendez-vous pour un traitement chez le médecin, le chiropraticien, la sage-femme ou à l'hôpital, pour autant que les Conditions générales d'assurance (CGA) ne prévoient pas d'autres dispositions. Medi24 fournit un conseil médical à l'assuré et détermine, en tenant compte de la situation individuelle, la filière de traitement nécessaire qui est contraignante pour l'assuré.
2. Si après une téléconsultation, un traitement médical est nécessaire, le déroulement du traitement au sens de l'article 9.1 alinéa a inclut également le choix du fournisseur de prestations par Medi24 et de la période de traitement. Si le médecin traitant convoque le patient pour un contrôle subséquent ou envoie le patient chez un autre médecin, à l'hôpital ou dans un établissement médico-social (EMS), Medi24 doit à nouveau être consulté par téléphone. Pour le personnel paramédical comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les logopédistes/orthophonistes qui fournissent des prestations sur mandat du médecin, il n'est pas nécessaire de consulter Medi24 par téléphone.

Choix des fournisseurs de prestations Medi24 choisit en principe le fournisseur de prestations compétent pour le traitement médical. Les gynécologues et les pédiatres peuvent être choisis librement.

10.2 Cas particuliers et exceptions

1. Les traitements en urgence sont assurés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins et doivent être annoncés

à Medi24 dans les plus brefs délais ou au plus tard dans les 20 jours.

2. Les examens gynécologiques préventifs, les examens ophtalmologiques ambulatoires ainsi que le suivi dans le cadre de la maternité ne nécessitent pas une prise de contact au préalable avec Medi24.
3. En cas d'admission à l'hôpital ou à l'EMS, il convient de prendre préalablement contact avec Medi24. La sortie de l'hôpital ou de l'EMS doit être annoncée à Medi24 dans les plus brefs délais ou au plus tard dans les 20 jours.

10.3 Offre de prestations

Tel Doc garantit par ailleurs l'ensemble des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, pour autant que celles-ci aient été fournies dans le cadre du déroulement du traitement fixé par Medi24.

11. Primes

11.1 Rabais de prime

Les assurés Tel Doc bénéficient d'un rabais sur la prime de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Celui-ci est fixé selon le tarif de prime de l'assureur.

11.2 Participation aux coûts

La franchise, la quote-part et la contribution aux frais du séjour hospitalier sont perçues conformément aux prescriptions du droit fédéral.

12. Obligations de participation

12.1 Obligations générales

1. Les assurés, ou une tierce personne à leur place, doivent se plier aux instructions des médecins ou d'autres fournisseurs de prestations et veiller à l'économie du traitement. Avant de convenir d'un rendez-vous pour un traitement chez le médecin, le chiropraticien, la sage-femme ou à l'hôpital, ils sont tenus de prendre contact par téléphone avec Medi24 pour un conseil télé-médical et une coordination télé-médicale et de respecter la filière de traitement prescrite par Medi24. Si le médecin traitant convoque le patient pour un contrôle subséquent ou envoie le patient chez un autre médecin, à l'hôpital ou dans un établissement médico-social (EMS), Medi24 doit à nouveau être consulté par téléphone.
2. La sortie de l'hôpital ou de l'EMS doit être annoncée à Medi24 dans les plus brefs délais ou au plus tard dans les 20 jours.

12.2 Prise de contact en cas d'urgence

Après chaque traitement en urgence, ce dernier doit être annoncé à Medi24 dans les plus brefs délais ou au plus tard dans les 20 jours.

13. Sanctions en cas de violation des obligations associées à Tel Doc

Les personnes assurées qui ne respectent pas les obligations énoncées aux articles 12.1 et 12.2 des présentes CGA peuvent être sanctionnées comme suit par l'assureur après rappel écrit préalable.

- Après le deuxième manquement: réduction de 50% des prestations légales.
- Après le troisième manquement: refus de la prise en charge des coûts. Les factures déjà payées sont demandées en restitution par l'assureur.
- Après le quatrième manquement: exclusion de l'assurance Tel Doc en cas de comportement non conforme aux obligations répété. L'exclusion entraîne le passage dans l'assurance des soins ordinaire de l'assureur et est mise en application à partir du mois suivant la violation des obligations

sanctionnée. Après une exclusion, une réadmission dans un modèle d'assurance alternatif de l'assureur est possible au plus tôt pour l'année civile suivante.

13.1

13.2

14. Divers

14.1 Conseil téléphonique

Le conseil téléphonique est enregistré et archivé par Medi24. En cas de litige, l'enregistrement de Medi24 peut être utilisé comme moyen de preuve. Le personnel de Medi24 est soumis à l'obligation de garder le secret selon l'article 33 LPGA. Le personnel de l'assureur n'a aucun accès à ces données

14.2 Responsabilité

La responsabilité pour le conseil médical incombe exclusivement à Medi24.

14.3

15. Dispositions finales

15.1 Relation avec le droit de l'assurance-maladie et entrée en vigueur

Tel Doc fait partie de l'assurance obligatoire des soins. Les dispositions légales demeurent dans tous les cas réservées. Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le 1er janvier 2026. Elles peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.