

Multimed

Modèle alternatif d'assurance (MAA) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) avec consultation obligatoire d'un partenaire de coordination.

Règlement
Edition 01.2020

Afin d'améliorer la lisibilité des dispositions contractuelles, le masculin est utilisé de manière générique pour les personnes; bien entendu, il désigne indistinctement des femmes ou des hommes.

Table des matières

I	Etendue de l'assurance	3	V	Primes	5
1	Bases de l'assurance	3	18	Païement des primes et échéance	5
2	Objet et caractéristiques de Multimed	3	19	Rappels et conséquences du retard	5
3	Adhésion	3			
II	Prestations	3	VI	Protection des données	5
4	Etendue des prestations	3	20	Traitement des données par l'Arcosana	5
5	Participation aux coûts	3	21	Traitement des données par les fournisseurs de prestations ou partenaires de coordination	5
6	Prestations fournies par un tiers	3			
7	Responsabilité	3	VII	Voies de droit	5
III	Obligations et droit aux prestations	3	22	Décision	5
8	Obligation de consulter un partenaire de coordination et respect de ses instructions	3	23	Procédure d'opposition	5
9	Exceptions à l'obligation préalable de consulter le partenaire de coordination	3	24	Procédure de recours	5
10	Mesures de contrôle	4	VIII	Divers	6
11	Sanctions en cas de violation des obligations de Multimed	4	25	Versement des prestations	6
12	Droit aux prestations	5	26	Obligation d'annoncer	6
13	Cession et mise en gage de prestations	5	27	Adaptation des conditions d'assurance	6
IV	Début et fin de l'assurance	5	28	Liste des médecins Multimed	6
14	Début de l'assurance	5	29	Utilisation d'applications de l'assureur-maladie	6
15	Modifications de l'assurance par la personne assurée	5	30	Information des clients sur Multimed	6
16	Modifications de l'assurance par l'Arcosana	5	31	Enregistrement des entretiens	6
17	Fin de l'assujettissement à Multimed	5	32	Frais	6
			33	Entrée en vigueur	6
			Glossaire		7

Multimed en bref

Multimed prend en charge les frais des traitements dispensés en cas de maladie, de maternité ou d'accident dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Multimed peut être conclu soit avec la franchise ordinaire, soit avec une franchise à option.

Multimed est un modèle alternatif d'assurance (MAA), autrement dit une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec choix limité des fournisseurs de prestations. Dans la mesure où cela figure dans les règlements, les restrictions au niveau du choix des fournisseurs de prestations telles qu'elles sont définies pour Multimed s'appliquent par analogie aussi aux produits d'assurance de l'assurance complémentaire selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) conclus auprès de la CSS Assurance SA.

Multimed se caractérise notamment par le fait que l'assuré dispose d'une sélection de partenaires de coordination lorsque des prestations de prévention sont envisagées ou qu'un problème de santé survient. L'assuré est tenu de consulter un partenaire de coordination pour solliciter des prestations de prévention et en cas de problèmes de santé. Le partenaire de coordination conseille l'assuré et définit le plan de traitement d'entente avec lui. Les instructions du partenaire de coordination sont obligatoires pour l'assuré. Les partenaires de coordination sont des médecins ou cabinets de groupe coordinateurs pouvant être choisis librement et reconnus selon la liste des médecins Multimed ainsi que le centre de télémédecine.

L'Arcosana SA (ci-après Arcosana) encourage et soutient les mesures visant à réduire durablement les coûts et à fournir des soins judicieux et adéquats, ce qui exige, également de la part de l'assuré, une contribution active et une certaine responsabilité individuelle.

Les termes figurant en italique dans le texte courant sont expliqués dans le glossaire en tant qu'annexe au présent règlement. Le glossaire fait partie intégrante de ce règlement.

I Etendue de l'assurance

Art. 1 Bases de l'assurance

- 1.1 Multimed est un modèle alternatif d'assurance (forme particulière d'assurance) de l'assurance obligatoire des soins avec choix limité des fournisseurs de prestations dans le 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).
- 1.2 Pour l'ensemble des questions qui ne sont pas réglementées de manière spécifique dans ce règlement, la LAMal et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) avec les ordonnances qui s'y rapportent ainsi que le règlement pour les assurances selon la LAMal de l'Arcosana font foi.
- 1.3 Le droit fédéral et le droit cantonal prévalent sur ce règlement et celui applicable aux assurances selon la LAMal de l'Arcosana dans cet ordre.

Art. 2 Objet et caractéristiques de Multimed

- 2.1 L'Arcosana assure les conséquences économiques de la maladie, de la maternité ou de l'accident. Le risque accident selon la LAMal est couvert même s'il n'est pas mentionné dans la police, pour autant qu'il n'y ait pas ou plus de couverture LAA, (art. 8, al. 2, LAMal en relation avec les sanctions définies à l'art. 10 LAMal).
- 2.2 Lors de la conclusion de l'assurance, l'assuré doit désigner comme partenaire de coordination un médecin coordinateur ou un cabinet de groupe pouvant être choisi librement et reconnu de la liste des médecins Multimed. Le médecin coordinateur ou cabinet de groupe désigné par l'assuré est mentionné dans la police d'assurance. Le centre de télémédecine est en outre à la disposition de l'assuré en tant que partenaire de coordination et fournit les prestations obligatoires selon la LAMal.
- 2.3 Pour les prévention selon l'art. 26 LAMal et en cas de problèmes de santé, l'assuré consulte l'un des partenaires de coordination.
- 2.4 Les exceptions à l'obligation préalable de consulter un partenaire sont régies par l'art. 9 de ce règlement.
- 2.5 L'assuré doit communiquer à l'Arcosana tout changement de médecin coordinateur ou de cabinet de groupe avant la première consultation. Le médecin coordinateur ou cabinet de groupe nouvellement désigné doit figurer sur la liste des médecins Multimed en cours de validité.

Art. 3 Adhésion

- 3.1 Multimed est disponible pour toutes les personnes physiques ayant leur domicile civil dans la zone de desserte cantonale dans laquelle est proposé Multimed et qui sont soumises à l'obligation légale de s'assurer selon la LAMal.
- 3.2 L'adhésion est possible à tout moment pour le premier jour de chaque mois, pour autant qu'aucun délai légal ne s'oppose à un changement de modèle d'assurance.

II Prestations

Art. 4 Etendue des prestations

L'Arcosana prend en charge les coûts des prestations selon les art. 24 à 31 LAMal, conformément aux conditions fixées aux art. 32 à 34 LAMal, pour autant que le plan de traitement défini d'entente avec elle par le partenaire de coordination et ses instructions (obligations) soient respectés. Les exceptions à cette obligation sont régies par l'art. 9 de ce règlement. Une violation de ces instructions (obligations) entraîne des sanctions selon l'art. 11, al. 1, de ce règlement.

Art. 5 Participation aux coûts

- 5.1 La participation aux coûts de l'assuré est déterminée selon l'art. 64 LAMal en relation avec l'art. 103 ss OAMal. En application de l'art. 64, al. 6, lettre c, LAMal en relation avec l'art. 99, al. 2, OAMal, une quote-part réduite peut être accordée.
- 5.2 Le droit aux prestations d'assurance est déterminé conformément à l'art. 12, al. 1, de ce règlement.

Art. 6 Prestations fournies par un tiers

- 6.1 L'assuré est tenu d'informer sans délai l'Arcosana conformément à l'art. 28 LPGA de toute prestation de tiers (p. ex. assurance-accidents, responsabilité civile, militaire ou invalidité) ainsi que d'accords concernant des indemnités, à condition que l'Arcosana soit tenue d'allouer des prestations pour le même cas d'assurance.
- 6.2 Si l'Arcosana alloue des prestations en lieu et place de tiers, l'assuré doit céder ses droits à l'Arcosana pour le montant des prestations reçues.
- 6.3 Les accords passés entre l'assuré et des tiers ne sont pas contraignants pour l'Arcosana.

Art. 7 Responsabilité

La responsabilité des prestations thérapeutiques et diagnostiques relève exclusivement des partenaires de coordination ou des fournisseurs de prestations en charge du traitement de l'assuré.

III Obligations et droit aux prestations

Art. 8 Obligation de consulter le partenaire de coordination et respect de ses instructions

- 8.1 En cas de problèmes de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, si ce risque est assuré, et en cas de prestation de prévention, l'assuré s'engage à s'adresser à l'un des partenaires de coordination.
- 8.2 Le partenaire de coordination définit le traitement adéquat d'entente avec l'assuré. Les instructions du partenaire de coordination sont obligatoires pour l'assuré. Le partenaire de coordination détermine le cadre temporel et les fournisseurs de prestations pour les suites éventuelles du traitement. Si la durée est insuffisante ou qu'un changement survient dans le plan de traitement, l'assuré doit obtenir le consentement du partenaire de coordination avant de solliciter à nouveau des prestations.
- 8.3 Une violation de ces obligations entraîne des sanctions selon l'art. 11, al. 1, de ce règlement.

Art. 9 Exceptions à l'obligation préalable de consulter le partenaire de coordination

- 9.1 En cas d'urgence, il n'est pas nécessaire de prendre contact préalablement avec le partenaire de coordination. Il y a urgence quand l'état de l'assuré a objectivement pu être jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou comme devant faire l'objet d'un traitement immédiat. L'assuré est tenu de communiquer les traitements d'urgence le plus tôt possible, mais au plus tard dans les dix jours. Si un suivi du traitement / examen de contrôle est nécessaire par la suite, il faut l'annoncer au partenaire de coordination au préalable. En cas de consentement du partenaire de coordination, le traitement ultérieur l'examen de contrôle peut se poursuivre chez le fournisseur de prestations ayant dispensé le traitement d'urgence. Une violation de ces obligations d'annoncer entraîne des sanctions selon l'art. 11, al. 1, de ce règlement.
- 9.2 Pour les examens et traitements suivants, il n'est pas obligatoire de prendre contact au préalable avec le partenaire de coordination:

- physiothérapie, ergothérapie et/ou logopédie, si prescrite/s par un médecin spécialisé dans le cadre des suites de traitement coordonné selon l'art. 8, al. 2, de ce règlement.
- examens et traitements ophtalmologiques,
- traitements et examens préventifs gynécologiques ainsi que contrôles pendant et après la grossesse,
- prestations fournies par des sages-femmes,
- traitements dentaires.

Art. 10 Mesures de contrôle

10.1 Obligation de suivre les instructions du programme d'accompagnement des patients

- 10.1.1 Si cela est indiqué médicalement, le partenaire de coordination définit un programme d'accompagnement des patients d'entente avec l'assuré.
- 10.1.2 Il convient de suivre les instructions du programme d'accompagnement des patients.
- 10.1.3 Le non-respect des instructions entraîne des sanctions selon l'art. 11, al. 2, de ce règlement.

10.2 Obligation d'acheter des médicaments et moyens auxiliaires meilleur marché

- 10.2.1 L'assuré s'engage à demander un médicament meilleur marché (générique/biosimilaire ou préparation originale meilleur marché) du groupe de substances actives prescrit médicalement. Les préparations originales sont remplacées par le générique/biosimilaire, à condition que ce dernier soit meilleur marché et que l'assuré ne doive pas prendre absolument la préparation originale pour des raisons médicales.
- 10.2.2 Générique: la liste dressée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) «Nouvelle liste des génériques avec quote-part différenciée pour des originaux et des génériques» sert de référence. La liste en vigueur peut être consultée sur le site Internet de l'OFSP ou demandée au partenaire de coordination. Si l'assuré choisit un médicament avec quote-part plus élevée (20%) figurant sur la liste des génériques de l'OFSP, pour lequel une alternative moins coûteuse est proposée, seuls 50% des coûts sont remboursés. Les cas dans lesquels l'assuré doit prendre absolument la préparation originale avec quote-part accrue pour des raisons médicales font figure d'exception. Une preuve de cette nécessité, établie par le partenaire de coordination ou le fournisseur de prestations, doit être disponible pour l'établissement du décompte de prestations.
- 10.2.3 Les biosimilaires sont des répliques autorisées de médicaments biologiques dont les brevets ont expiré. Si l'assuré choisit un médicament original pour lequel une alternative moins chère est proposée, seuls 50% des coûts du médicament original lui sont remboursés. Il convient de se renseigner auprès du partenaire de coordination au sujet des biosimilaires autorisés au moyen du nom commercial, de la substance active et de la mention de la préparation originale. Cette réglementation n'est pas valable lorsque l'assuré doit impérativement prendre la préparation originale avec quote-part accrue pour des raisons médicales. Une preuve de cette nécessité, établie par le partenaire de coordination ou le fournisseur de prestations, doit être disponible pour l'établissement du décompte de prestations.
- 10.2.4 Achat de médicaments dans une pharmacie par correspondance désignée par l'Arcosana: l'assuré peut en principe choisir librement, en Suisse, l'endroit où il achète ses médicaments (médecin, pharmacie ou pharmacie par correspondance). Pour les médicaments prescrits pour une longue durée, le libre choix ne s'applique pas (mention sur l'ordonnance: ordonnance «ordonnance renou-

velable», «réit.»), prescription de plusieurs emballages ou désignations similaires). Il convient impérativement de se procurer ces médicaments dans une pharmacie par correspondance définie par l'Arcosana. Une violation de cette obligation entraîne des sanctions selon l'art. 11, al. 1, de ce règlement.

- 10.2.5 Moyens auxiliaires (moyens et appareils): l'assuré s'engage à se procurer auprès des entreprises partenaires (centres de remise) de l'assureur-maladie des moyens auxiliaires (moyens et appareils) avantageux tels que produits pour le diabète, accessoires de marche, appareils de thérapie respiratoire et par inhalation, pansements, béquilles ou aides pour l'incontinence, etc. Si l'assuré choisit un moyen auxiliaire plus onéreux qui n'est pas proposé par une société partenaire de l'assureur-maladie, les frais remboursés ne peuvent dépasser les coûts prévus selon le contrat de remise passé avec la société partenaire (centre de remise). Un aperçu des sociétés partenaires et de leur offre de moyens auxiliaires (moyens et appareils) peut être consulté sur le site Internet de l'assureur-maladie et/ou demandé au partenaire de coordination.

Art. 11 Sanctions en cas de violation des obligations de Multimed

- 11.1 Les infractions selon l'art. 4 (étendue des prestations), l'art. 8 (obligation de consulter le partenaire de coordination et respect de ses instructions), de l'art. 9, al. 1 (obligation d'annoncer l'urgence après coup) et l'art. 10.2, al. 4 (achat de médicaments prescrits pour une longue durée dans une pharmacie par correspondance désignée par l'Arcosana) de ce règlement sont sanctionnées comme suit:
 - a) Lors de la première infraction, un rappel écrit est envoyé et les sanctions en cas de répétition sont rappelées.
 - b) A partir de la deuxième infraction, l'assuré doit lui-même supporter les coûts jusqu'à un montant maximal de CHF 500 par facture. Le montant à la charge de l'assuré pour cause d'infraction n'est imputé ni à sa franchise, ni à sa quote-part.
 - c) A partir de la deuxième infraction, l'Arcosana peut en outre, sans nouvelle intervention de l'assuré, procéder à son transfert dans l'assurance obligatoire des soins de l'Arcosana pour le premier jour du mois qui suit. Le montant à la charge de l'assuré pour cause d'infraction est calculé à partir de toutes les prestations perçues dans le contexte de l'infraction. La sanction s'applique indépendamment de la faute, du moment et de l'âge de l'assuré.
- 11.2 En cas d'infraction selon l'art. 10.1 de ce règlement (obligation de suivre les instructions du programme d'accompagnement des patients), l'Arcosana peut, après le deuxième rappel écrit et sans nouvelle intervention de l'assuré, procéder à son transfert dans l'assurance obligatoire des soins de l'Arcosana pour le premier jour du mois qui suit.
- 11.3 Génériques/biosimilaires: si l'assuré choisit un médicament original pour lequel une alternative moins chère est proposée, seule la moitié des coûts du médicament original lui est remboursée. Cette réglementation n'est pas valable lorsque l'assuré doit impérativement prendre la préparation originale avec quote-part accrue pour des raisons médicales. Une preuve de cette nécessité, établie par le partenaire de coordination ou le fournisseur de prestations, doit être disponible pour l'établissement du décompte de prestations (art. 10.2, al. 2 et 3, de ce règlement).
- 11.4 Moyens auxiliaires (moyens et appareils): si l'assuré choisit un moyen auxiliaire plus onéreux qui n'est pas proposé par une société partenaire de l'assureur-maladie, les frais remboursés ne peuvent dépasser les coûts prévus selon le

contrat de remise passé avec la société partenaire (centre de remise) (art. 10.2, al. 5, de ce règlement).

- pour les frontaliers selon l’art. 7, al. 4, OAMal,
- en cas de décès de l’assuré.

Art. 12 Droit aux prestations

- 12.1 Le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s’éteint 5 ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et 5 ans après la fin de l’année civile pour laquelle la cotisation devait être payée (art. 24, al. 1, LPGA).
- 12.2 La participation aux coûts est déterminée en fonction de l’art. 5 de ce règlement.

Art. 13 Cession et mise en gage de prestations

L’assuré n’a le droit ni de céder, ni de mettre en gage des créances envers l’Arcosana sans son consentement. La cession de créances au fournisseur de prestations demeure réservée.

IV Début et fin de l’assurance

Art. 14 Début de l’assurance

L’adhésion à Multimed est déterminée en fonction de la LAMal et des dispositions de l’ordonnance qui s’y rapporte. Comme confirmation de la couverture d’assurance, l’assuré reçoit une police d’assurance.

Art. 15 Modifications de l’assurance par la personne assurée

- 15.1 Le passage à une franchise à option moins élevée, à une autre forme d’assurance ou le changement d’assureur sont possibles pour la fin d’une année civile moyennant le préavis légal.
- 15.2 La couverture en cas d’accident peut être exclue à la demande de l’assuré si la preuve d’une assurance-accidents selon la LAA (loi fédérale sur l’assurance-accidents) est apportée (accidents professionnels et non professionnels). L’exclusion intervient au plus tôt pour le premier jour du mois suivant la demande.
- 15.3 L’inclusion de la couverture en cas d’accident prend immédiatement effet le jour où l’assurance-accidents selon la LAA s’est terminée. La fin de la couverture d’assurance accidents doit être annoncée à l’Arcosana dans l’intervalle de 30 jours.

Art. 16 Modifications de l’assurance par l’Arcosana

L’Arcosana procède au transfert de l’assurance obligatoire des soins de l’Arcosana si le traitement médical par le partenaire de coordination n’est plus possible (en cas de séjour à l’étranger de plus de 3 mois, séjour dans un EMS, dans le service de soins d’un home pour personnes âgées ou dans le service des patients chroniques d’un hôpital pour soins aigus ou séjour de plus de 3 mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique, une clinique de réadaptation ou un établissement similaire; ou si la personne purge une peine d’emprisonnement, déménage de la zone de desserte, quitte le médecin coordinateur ou le cabinet de groupe sans indiquer un nouveau médecin ou un nouveau cabinet de groupe, etc.).

Art. 17 Fin de l’assujettissement à Multimed

L’assujettissement à Multimed prend notamment fin:

- en cas de résiliation de l’assurance selon l’art. 15, al. 1, de ce règlement,
- en cas d’exclusion de Multimed et de transfert dans l’assurance ordinaire des soins selon l’art. 11, al. 1 et 2, de ce règlement,
- en cas d’impossibilité relevant de l’art. 16 et de l’art. 28, al. 2, de ce règlement,
- quand l’assuré cesse d’être soumis à l’obligation de s’assurer (art. 5, al. 3, LAMal),

V Primes

Art. 18 Paiement des primes et échéance

- 18.1 Les primes sont exigibles pour la fin du mois précédent (art. 90 OAMal). Elles peuvent être payées à une fréquence annuelle, semestrielle, trimestrielle, bimestrielle ou mensuelle, sachant que l’année d’assurance commence le 1^{er} janvier.
- 18.2 Si l’assurance s’éteint prématurément, la prime courante est remboursée sur une base proportionnelle.
- 18.3 L’assuré ne peut compenser des primes dues par des prestations en souffrance.

Art. 19 Rappels et conséquences du retard

Pour les rappels et les poursuites, l’Arcosana facture des intérêts moratoires et des frais adéquats.

VI Protection des données

Art. 20 Traitement des données par l’Arcosana

- 20.1 L’Arcosana traite les données (traitement des données) pour déterminer le montant de la prime, régler les sinistres et effectuer des analyses statistiques sur Multimed. Les données sont conservées sous une forme matérielle ou électronique. Les collaborateurs de l’Arcosana sont soumis à l’obligation légale de garder le secret ainsi qu’à des dispositions légales et réglementaires supplémentaires relatives à la protection des données.
- 20.2 L’Arcosana peut, dans la mesure où cela est requis et autorisé légalement, communiquer des données à des tiers autorisés (p. ex. fournisseurs de prestations, autres assureurs et autorités) ou se procurer des données auprès de ceux-ci dans la même mesure.

Art. 21 Traitement des données par les fournisseurs de prestations ou partenaires de coordination

Les données nécessaires au traitement peuvent être consultées par l’ensemble des personnes impliquées dans le traitement (fournisseurs de prestations ou partenaire de coordination) et peuvent notamment être échangées ou traitées entre ceux-ci à des fins d’assurance qualité et de garantie d’un traitement optimal. Il s’agit notamment de données relatives au diagnostic de l’assuré, à son traitement et à la facturation.

VII Voies de droit

Art. 22 Décision

Si un assuré n’est pas d’accord avec la décision de l’Arcosana, il peut demander dans un délai adéquat qu’elle rende une décision par écrit, avec motifs et indication des voies de droit.

Art. 23 Procédure d’opposition

Il est possible de s’opposer à une décision dans un délai de 30 jours auprès de l’Arcosana. Cette dernière examine cette opposition puis rend une décision sur opposition écrite motivée avec indication des voies de recours.

Art. 24 Procédure de recours

- 24.1 Un recours peut être formé contre la décision rendue sur opposition dans les 30 jours auprès du tribunal cantonal des assurances. Le tribunal des assurances du canton de

domicile de l'assuré ou du tiers formant recours est compétent. Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58, al. 2, LPGA).

- 24.2 Il est possible de former recours quand l'Arcosana ne rend pas de décision, ni de décision sur opposition, malgré à la demande de la personne concernée.
- 24.3 Il est possible de recourir contre une décision du tribunal cantonal des assurances, conformément à la loi sur le Tribunal fédéral (LTF).

VIII Divers

25 Versement des prestations

- 25.1 L'Arcosana verse ses prestations sur le compte bancaire ou postal indiqué par l'assuré (ou son représentant légal). Si des versements par le biais d'un autre moyen de paiement sont demandés, l'Arcosana peut prélever une rémunération pour le surcoût occasionné. Les versements sont exclusivement destinés à des adresses en Suisse.
- 25.2 Si l'Arcosana est débitrice d'honoraires envers le fournisseur de prestations en vertu de contrats, elle lui verse ses prestations et facture la participation aux coûts à l'assuré (système du tiers payant).
- 25.3 L'Arcosana peut à la fois compenser les prestations d'assurance dues, jusqu'au stade où la réquisition de poursuite est adressée, par des créances de primes à recouvrer et des participations aux coûts en souffrance.

26 Obligation d'annoncer

- 26.1 L'assuré est tenu d'annoncer immédiatement à l'Arcosana toutes les modifications concernant les rapports d'assurance (changements de nom, déménagement, changement de médecin coordonnateur ou de cabinet de groupe, etc.). Il répond des dommages résultant d'une annonce tardive.
- 26.2 L'adresse de l'Arcosana mentionnée sur la police d'assurance tient lieu d'adresse de correspondance à laquelle envoyer pour l'envoi des communications lui étant destinées ou des demandes de prestations.

27 Adaptation des conditions d'assurance

Les modifications apportées au présent règlement sont publiées dans le CSS Magazine et sur le site Internet de l'assureur-maladie.

28 Liste des médecins Multimed

- 28.1 La liste des médecins Multimed (fournisseurs de prestations et cabinets de groupe reconnus par l'Arcosana) peut être modifiée à tout moment par l'Arcosana sur une base unilatérale. L'assuré ne dispose d'aucun droit de résiliation en cas de modification de la liste des médecins Multimed.
- 28.2 Quand son médecin coordonnateur ou le cabinet de groupe quitte la liste des médecins Multimed, l'assuré en est informé par écrit. Dans un tel cas, l'assuré est tenu, dans un délai de 30 jours, de choisir un nouveau médecin coordonnateur ou cabinet de groupe de la liste des médecins Multimed, à défaut de quoi un transfert est effectué dans l'assurance obligatoire des soins de l'Arcosana.
- 28.3 La liste des médecins Multimed est publiée sur le site Internet de l'assureur-maladie.

29 Utilisation d'applications de l'assureur-maladie

L'assureur-maladie met à disposition plusieurs applica-

tions pour gérer un cas de prestations et accompagner le traitement.

30 Information des clients sur Multimed

Des informations complémentaires sur le produit d'assurance Multimed et sa structure, ainsi que les adresses de contact et les sources (telles que sites Internet, liens, etc.) figurent dans l'information à la clientèle. L'information à la clientèle ne fait pas partie de ce règlement et n'a pas d'effet juridique.

31 Enregistrement des entretiens

Les entretiens-conseil avec le centre de télémédecine sont enregistrés et archivés. En cas de litige, les enregistrements peuvent avoir valeur de moyens de preuve et le cas échéant être présentés devant le tribunal en guise de preuves. Sans procuration de l'assuré, l'Arcosana n'a aucun accès direct à ces informations.

32 Frais

L'assuré paie les frais usuels de téléphone et d'échange de données.

33 Entrée en vigueur

Ce règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Il est publié sur le site Internet de l'assureur-maladie.

Glossaire

Accident

Est réputée 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.

Application (logiciel d'application), abrégé «app»

Une application (logiciel d'application) désigne un programme informatique utilisé pour traiter ou prendre en charge une fonctionnalité non technique utile ou souhaitée.

Cabinet de groupe

Il s'agit d'un terme générique pour désigner l'ensemble des formes d'organisation de la coopération entre médecins indépendants dans le domaine des soins ambulatoires.

Centre de remise

Fournisseur de prestations autorisé à remettre à la charge de l'assurance obligatoire des soins des moyens et appareils à des fins d'examen ou de traitement (art. 35, al. 2, lettre g, LAMal).

Centre de télémédecine

Le centre de télémédecine propose des consultations médicales à distance. Lors d'une téléconsultation, les professionnels du domaine médical dispensent des conseils médicaux aux patients ayant des questions de santé pressantes ou d'ordre général, les prennent en charge et les soignent, 24h/24 et 365 jours par an. Le centre de télémédecine propose ses services dans les langues suivantes: français, allemand, italien et anglais.

Fournisseur de prestations

On entend par fournisseurs de prestations les personnes et institutions autorisées à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Les fournisseurs de prestations sont entre autres les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, les personnes qui fournissent leurs prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin, et les organisations qui emploient de telles personnes (telles que le centre de télémédecine), les laboratoires, les centres de remise de moyens et appareils qui sont utilisés à des fins d'examen ou de traitement, les hôpitaux, les maisons de naissance, les établissements médico-sociaux, les centres thermaux, les entreprises de transport et de sauvetage, les institutions dans lesquelles des médecins dispensent des soins ambulatoires.

Franchise

Cf. participation aux coûts

Générique

Est réputé générique tout médicament autorisé, qui pour l'essentiel est semblable à une préparation originale et qui est interchangeable avec celle-ci parce qu'il possède une substance active, une forme galénique et un dosage identiques (art. 4, al. 1septies, loi sur les produits thérapeutiques [LPT]). Les génériques sont en général nettement meilleur marché en raison des frais de développement inférieurs voire absents.

Liste des médecins Multimed

Liste des médecins coordinateurs ou cabinets de groupe reconnus par l'assureur-maladie.

Maladie

Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen médical ou un traitement ou provoque une incapacité de travail.

Maternité

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que s'ensuit.

Médecin coordinateur

On entend par médecin coordinateur un médecin ou un cabinet de groupe qui figure sur la liste des médecins Multimed.

Médicament biosimilaire

Médicament biologique qui présente une similitude suffisante avec une préparation de référence autorisée et qui se réfère à la documentation établie pour cette préparation (art. 4, al. 1a novies, loi sur les produits thérapeutiques [LPT]). Autrement dit, ce sont des répliques autorisées de médicaments biologiques dont les brevets ont expiré. Le biosimilaire n'est pas identique au produit original, mais très similaire.

Modèle alternatif d'assurance (MAA)

Un modèle alternatif d'assurance est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec choix limité des fournisseurs de prestations. En limitant le choix des fournisseurs de prestations selon l'art. 41, al. 4, LAMal, il est possible de réduire la prime.

Moyens auxiliaires, liste des moyens et appareils (LiMA)

Les moyens auxiliaires (moyens et appareils) servent au traitement ou à la surveillance d'une maladie ou de ses séquelles (tels que les accessoires de marche, les appareils de thérapie respiratoire et par inhalation, les pansements, les béquilles ou les aides pour l'incontinence, etc.). Dans la LiMA sont mentionnés les moyens et appareils obligatoirement pris en charge par les assureurs-maladie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

Partenaire de coordination

Le médecin coordinateur ou le cabinet de groupe selon la liste des médecins Multimed et le centre de télémédecine sont qualifiés individuellement et ensemble de partenaires de coordination.

Participation aux coûts (quote-part et franchise)

Si l'assuré sollicite des prestations médicales (telles que visites chez le médecin, médicaments, thérapies), il supporte une partie des coûts lui-même. Cette partie qu'il prend en charge lui-même est appelée participation aux coûts. Elle se compose de la franchise (montant annuel fixe) et d'une quote-part (pourcentage de coûts dépassant la franchise).

Prestation de prévention (prévention médicale)

L'assurance supporte les coûts des mesures suivantes de prévention médicale (art. 26 LAMal):

- vaccins prophylactiques (art. 12a OPAS);
- mesures visant la prophylaxie de maladies (art. 12b OPAS);
- examens concernant l'état de santé général (art. 12c OPAS);
- mesures en vue du dépistage précoce chez certains groupes à risque (art. 12d OPAS);
- mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population, y compris mesures qui s'adressent à toutes les personnes d'un groupe d'âge donné ou à tous les hommes ou toutes les femmes (art. 12e OPAS).

Programme d'accompagnement des patients

Le programme d'accompagnement des patients a pour but d'aider les patients atteints de maladies chroniques à améliorer leur qualité de vie et à réduire autant que possible les effets de la maladie sur eux. Le partenaire de coordination connaît l'actualité des programmes d'accompagnement des patients proposés par l'assureur-maladie. Chaque programme d'accompagnement des patients est soumis à des critères de participation spécifiques. Si cela est indiqué médicalement, il est convenu avec l'assuré de la participation à un tel programme d'accompagnement des patients.

Quote-part

Cf. participation aux coûts

Société partenaire (centre de remise)

Contrat de collaboration entre la société qui remet les moyens et appareils (moyens auxiliaires) (appelée centre de remise) et l'Arcosana (cf. art. 35, al. 2, lettre g, LAMal).

Tiers garant

L'assuré est le débiteur des honoraires envers le fournisseur de prestations (art. 42, al. 1, LAMal). L'assureur-maladie rembourse à l'assuré le montant correspondant aux prestations prises en charge, déduction faite de la participation aux coûts. Le système du tiers garant s'applique quand il n'a été convenu d'aucun autre mode de paiement entre le fournisseur de prestations et l'assureur-maladie, autrement dit quand il n'y a pas de contrat.

Tiers payant

L'assureur-maladie est le débiteur des honoraires envers le fournisseur de prestations (art. 42, al. 2, LAMal). A des fins d'information et de contrôle, le fournisseur de prestations est tenu de faire parvenir une copie de la facture à l'assuré (art. 42, al. 3, LAMal et art. 59, al. 4, OAMal). L'assureur-maladie verse l'intégralité du montant de la facture au fournisseur de prestations. L'assureur-maladie facture à l'assuré la participation aux coûts à sa charge (en général franchise, quote-part et le cas échéant participation aux frais d'hospitalisation). Le système du tiers payant s'applique si un contrat a été passé entre l'assureur-maladie et le fournisseur de prestations.

Traitement ambulatoire

Intervention ou traitement sans nuitée à l'hôpital ou avec un séjour de moins de 24 heures.

Traitement stationnaire

On entend par traitement stationnaire un traitement avec hospitalisation d'au moins 24 heures ou une nuit.

Urgence

Il y a urgence quand l'état de l'assuré a objectivement pu et dû être jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou comme devant faire l'objet d'un traitement immédiat.