

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA LAMAL)

Édition du 1^{er} janvier 2024

POUR LES ASSURANCES SELON LA LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE (LAMAL)

TABLE DES MATIÈRES

2	Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	12	HMO
3	Assurance obligatoire des soins	15	CareMed
5	Indemnité journalière LAMal	18	FlexCare
9	TelFirst	21	SmartCare

Veuillez conserver ces documents avec la police d'assurance

TABLE DES MATIÈRES

A GÉNÉRALITÉS			C INDEMNITÉ JOURNALIÈRE LAMAL	
I Fondements			I Généralités	
1 Nature juridique	3		22 Fondements et but de l'assurance	5
2 Domaine d'application	3		23 Indemnité journalière en cas de maladie et d'accident	5
3 Forme masculine et féminine	3		24 Délais d'attente	5
			25 Assurances admises	5
II Conditions d'assurance			II Conditions d'assurance	
4 Conclusion de l'assurance obligatoire des soins	3		26 Proposition d'assurance	6
5 Conclusion de l'assurance Indemnité journalière LAMal	3		27 Réserve d'assurance	6
6 Proposition d'assurance	3		28 Violation de l'obligation d'annonce	6
			29 Augmentation de l'assurance	6
III Dispositions diverses			30 Conversion de l'assurance	6
7 Conditions de paiement	3		31 Réduction, résiliation et extinction de l'assurance	6
8 Trafic de paiement	3			
9 Obligation d'information/d'annonce	3		III Primes	
			32 Fixation des primes	6
B ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS			IV Prestations	
I Généralités			33 Conditions pour l'octroi de prestations	6
10 Fondements	4		34 Début des prestations et imputation du délai d'attente	7
11 Risque accident	4		35 Durée des prestations	7
11a Primes	4		36 Incapacité de travail partielle	7
12 Remboursement de primes en cas de service militaire	4		37 Surindemnisation	7
13 Prestations en cas de séjour à l'étranger	4		38 Maternité	7
14 Changement d'assureur	4		39 Droit aux prestations à l'étranger	7
			40 Couverture d'assurance après l'accomplissement de la 65 ^e année	7
II Participation aux coûts			D DISPOSITIONS FINALES	
15 Types de participations aux coûts	4		41 Compensation	7
16 Dérogations à la participation aux coûts	5		42 Clause de confidentialité, protection des données	8
17 Franchise ordinaire	5		43 Voies de droit	8
			44 Application des Conditions générales d'assurance (CGA)	8
III Franchises à option				
18 Principe	5			
19 Conclusion et modification	5			
20 Montants au choix	5			
IV Dispositions diverses concernant la participation aux coûts				
21 Montant maximal	5			

A GÉNÉRALITÉS

I Fondements

1 Nature juridique

Les présentes conditions générales d'assurance (CGA) se fondent juridiquement sur les lois suivantes et leurs dispositions d'exécution:

- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)
- Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal)
- Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

2 Domaine d'application

Les présentes Conditions générales d'assurance sont applicables à toutes les catégories d'assurance gérées par Atupri Assurance de la santé SA (ci-après dénommée Atupri) aux termes des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

3 Forme masculine et féminine

La forme masculine mentionnée dans les présentes Conditions générales d'assurance est également valable pour les personnes du sexe féminin et vice versa.

II Conditions d'assurance

4 Conclusion de l'assurance obligatoire des soins

Les personnes domiciliées dans le rayon d'activité d'Atupri peuvent s'assurer conformément aux dispositions des articles 1 à 6 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

5 Conclusion de l'assurance Indemnité journalière LAMal

- 5.1 Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais n'ayant pas atteint 65 ans révolus, peut conclure une assurance d'indemnités journalières.
- 5.2 Les personnes qui ont épuisé leur droit à une indemnité journalière ne peuvent plus conclure d'assurance Indemnité journalière LAMal.

6 Proposition d'assurance

- 6.1 La proposition d'assurance doit être déposée par écrit ou dans la forme électronique prévue à cet effet. Il doit être répondu de manière véridique et complète aux questions qui figurent dans la proposition d'assurance. La proposition d'assurance pour une personne qui n'est pas capable de discernement doit être présentée par le représentant légal de celle-ci.
- 6.2 Il n'est nécessaire de répondre aux questions relatives à l'état de santé que lors de la conclusion de l'assurance Indemnité journalière LAMal ainsi que lors d'une demande d'assurance complémentaire selon la LCA.

III Dispositions diverses

7 Conditions de paiement

- 7.1 Les primes sont à régler d'avance, en général de manière mensuelle, et doivent, suivant le mode de paiement, être payées le premier jour du mois de

la période. Atupri peut offrir d'autres modalités de paiement.

- 7.2 En cas de début ou de fin de l'assurance au cours d'un mois, la prime est due au prorata en fonction du nombre de jours assurés.

- 7.3 Les frais occasionnés par des retards dans le paiement des primes et des participations aux frais sont à la charge de la personne assurée. Il peut s'agir de frais de rappels, d'encaissement et d'autres frais de traitement.

8 Trafic de paiement

- 8.1 La facturation de primes et de participations aux coûts, le versement de remboursements et d'autres avoirs, a lieu selon les modalités usuelles applicables au trafic de paiement. Atupri peut prévoir des dérogations pour l'encaissement de primes.
- 8.2 Atupri effectue des versements de remboursements à l'assuré exclusivement via un compte bancaire ou postal. Il convient d'informer Atupri des coordonnées bancaires correspondantes dans les délais.
- 8.3 Atupri peut répercuter en totalité ou en partie les frais encourus par Atupri pour les paiements effectués au guichet postal par la personne assurée.

9 Obligation d'information / d'annonce

- 9.1 En cas d'accident, la personne assurée doit remettre immédiatement une déclaration d'accident qui contient, notamment, les renseignements suivants:
- heure, lieu, déroulement et conséquences de l'accident,
 - nom du médecin traitant ou de l'établissement hospitalier,
 - responsables et assureurs éventuellement concernés.
- Les déclarations d'accident correspondantes sont disponibles sous forme électronique ou peuvent être demandées auprès du Service Center.
- 9.2 La personne assurée a l'obligation d'indiquer à Atupri toutes les informations dont elle-ci a besoin pour déterminer les prestations. Font également partie de cette obligation la remise d'éventuelles décisions d'autres assureurs sociaux et des justificatifs d'autres assureurs privés.
- 9.3 La personne assurée est tenue d'informer Atupri de la nature et de l'étendue de toutes les prestations dont elle peut bénéficier ou qu'elle reçoit en cas de maladie ou d'accident par des tiers obligés de fournir des prestations par suite d'acte non autorisé, en fonction de conventions ou conformément aux dispositions légales.
- 9.4 La personne assurée a, en outre, l'obligation d'annoncer immédiatement à Atupri toutes les modifications relatives à ses conditions personnelles qui pourraient avoir une influence sur les conditions d'assurance (par exemple changement de domicile, coordonnées bancaires). Elle répond des préjudices ou des sinistres qui surviennent pour cause d'annonce tardive.

B ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS

I Généralités

10 Fondements

- 10.1 L'assurance obligatoire des soins (ci-après assurance de base) est gérée selon les lois LAMal et LSAMal, ainsi que leurs dispositions d'exécution. Le volume de prestations s'oriente vers les dispositions légales et comprend les risques suivants:
- maladie
 - maternité
 - accident, dans la mesure où aucune autre assurance accident n'est prestataire
- 10.2 Atupri propose dans le cadre de l'assurance de base les formes d'assurance suivantes conformément aux dispositions de la LAMal :
- Standard
 - TelFirst
 - HMO
 - CareMed
 - FlexCare
 - SmartCare
- 10.3 TelFirst, HMO, CareMed, FlexCare et SmartCare sont considérées comme des formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. L'annexe individuelle respective fait foi concernant les présentes CGA.
- 10.4 L'assurance avec franchises au choix selon les articles 18 à 20 a également valeur de forme d'assurance particulière. Elle peut être conclue pour toute forme d'assurance selon l'alinéa 2.

11 Risque accident

- 11.1 Si le risque accident est assuré, les mêmes prestations sont accordées en cas d'accident qu'en cas de maladie.
- 11.2 Les personnes qui sont assurées obligatoirement pour les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ont la possibilité de demander la suspension du risque accident. Cette couverture accident selon la LAA doit être prouvée au moyen d'un justificatif correspondant. La suspension débute au plus tôt le premier jour du mois qui suit la remise de la demande.
- 11.3 Si la couverture selon la LAA s'éteint, la personne assurée a l'obligation de le communiquer par voie écrite, dans un délai d'un mois, à Atupri.

11a Primes

- 11a.1 Le tarif des primes est soumis à des modifications sur la base du système de répartition des dépenses et est en général fixé au début de l'année civile. La nouvelle prime approuvée par l'autorité de surveillance doit dans tous les cas être communiquée à la personne assurée au moins deux mois avant son entrée en vigueur.
- 11a.2 Le lieu de domicile de la personne assurée est déterminant pour la prime.
- 11a.3 Le lieu de domicile est le lieu où la personne assurée réside durablement et qu'elle a l'intention de conserver pendant un certain temps, sans qu'elle y ait nécessairement son domicile selon le Code civil (CC).

- 11a.4 Si le changement de domicile entraîne une modification des primes, celle-ci prend effet au début du mois suivant le changement de domicile. Une adaptation de la prime pour cause de nouveau domicile n'autorise pas à changer d'assureur selon l'article 14.2.

12 Remboursement de primes en cas de service militaire

- Pour les personnes assurées assujetties pendant plus de 60 jours consécutifs à l'assurance militaire, l'obligation de souscrire une assurance de base peut être suspendue sur demande. La date de l'entrée en service doit être communiquée à Atupri au moins huit semaines à l'avance pour pouvoir être exempté des primes.

13 Prestations en cas de séjour à l'étranger

- 13.1 Dans le cadre des dispositions légales, Atupri prend en charge les frais de traitement occasionnés, en cas d'urgence, lors d'un séjour à l'étranger. Est considéré comme cas d'urgence le traitement médical d'une personne assurée lors d'un séjour temporaire à l'étranger qui occasionne des frais, mais qui ne justifie pas le retour de cette personne en Suisse.
- 13.2 Aucune prestation ne sera prise en charge lorsqu'une personne se rend expressément à l'étranger pour y suivre un traitement, y recevoir des soins ou y accoucher. Sous réserve des dispositions légales qui mentionnent certaines exceptions.

14 Changement d'assureur

- 14.1 Le changement d'assureur peut être déclaré par l'assuré sous respect d'un délai de résiliation de trois mois à la fin du mois de juin ou du mois de décembre d'une année via une résiliation.
- 14.2 Lors de la communication de la nouvelle prime selon l'article 11a.1, la personne assurée peut, moyennant un délai de résiliation d'un mois, changer d'assureur pour la fin du mois qui précède la validité de la nouvelle prime.
- 14.3 La résiliation est uniquement valable lorsqu'elle est prononcée par écrit et dans les délais fixés par les dispositions légales. La résiliation est considérée comme ayant été effectuée dans les délais lorsqu'elle a été réceptionnée par Atupri aux heures d'ouverture habituelles des bureaux le dernier jour ouvrable qui précède le début du délai de résiliation.
- 14.4 Dans la mesure où les mauvais payeurs n'ont pas payé totalement primes dues, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite, ils ne peuvent pas changer d'assureur par dérogation à l'alinéa 1 et 2.
- 14.5 Toute disposition divergente dans les formes d'assurances particulières prévaut sur ces conditions d'assurance générales.

II Participation aux coûts

15 Types de participations aux coûts

- 15.1 Les personnes assurées ont l'obligation de prendre à leur charge une participation aux coûts sur les frais de soins en cas de maladie et d'accident, à savoir:
- un montant fixe par année civile (franchise)

- une quote-part d'au moins 10% sur les frais de soins qui dépassent la franchise annuelle
- une contribution aux frais de séjour de CHF 15.– par journée d'hospitalisation

15.2 La date de traitement est déterminante pour la fixation de la franchise et de la quote-part.

15.3 En cas de changement d'assureur au cours d'une année civile, Atupri impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans cette même année.

16 Dérogations à la participation aux coûts

16.1 Les personnes assurées jusqu'à l'âge de 19 ans révolus paient seulement un montant fixe par année civile (franchise annuelle) si une franchise annuelle à option selon l'article 20 a été convenue.

16.2 Les prestations en cas de maternité sont exemptées de la participation aux coûts.

17 Franchise ordinaire

La franchise ordinaire pour les adultes se monte à CHF 300.– par année civile.

III Franchise à option

18 Principe

L'assurance avec franchise à option est considérée comme une forme particulière de l'assurance de base dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et des ordonnances correspondantes.

19 Conclusion et modification

19.1 Toutes les personnes assurées peuvent conclure une forme d'assurance avec une franchise à option.

19.2 Le choix d'une franchise plus élevée ne peut intervenir que pour le début d'une année civile.

19.3 Le passage à une franchise inférieure, à une autre forme d'assurance ou encore un changement d'assureur sont possibles sous respect d'un délai de résiliation de trois mois à la fin d'une année civile ainsi que selon l'article 14.2.

19.4 Lorsqu'une personne affiliée change d'assureur en cours d'année civile conformément à l'article 14.2, elle garde la franchise définie par l'ancien assureur pour autant que le nouvel assureur offre cette forme d'assurance.

20 Montants au choix

20.1 En échange d'une réduction de primes, les personnes assurées ont la possibilité de choisir une franchise plus élevée.

20.2 Atupri propose les franchises suivantes au choix pour les personnes assurées à partir de l'âge de 19 ans révolus: CHF 500.–, CHF 1'000.–, CHF 1'500.–, CHF 2'000.– et CHF 2'500.–.

20.3 Atupri propose les franchises suivantes au choix pour les personnes assurées jusqu'à l'âge de 19 ans révolus: CHF 100.–, CHF 200.–, CHF 400.– et CHF 600.–.

20.4 Les réductions sont calculées de manière à ce que la prime de l'assurance ayant la franchise maximale au choix s'élève au moins à 50% de la prime qui est pré-

levée en cas de franchise ordinaire avec la couverture d'accident; sont déterminants à cet égard le groupe d'âge et la région de primes de la personne assurée. En outre, la réduction de primes correspond au maximum à 70% du risque supplémentaire assumé par la personne assurée avec le choix de la franchise plus élevée, c'est-à-dire la différence entre la franchise au choix correspondante et la franchise ordinaire.

IV Dispositions diverses concernant la participation aux coûts

21 Montant maximal

21.1 Pour les personnes ayant 19 ans révolus, le montant annuel maximum pour la participation aux coûts s'élève à CHF 700.– pour la quote-part, plus la franchise ordinaire ou à option. La contribution journalière aux frais d'hospitalisation de CHF 15.– doit être payée en sus.

21.2 Pour les personnes jusqu'à l'âge de 19 ans, le montant annuel maximum pour la participation aux coûts s'élève à CHF 350.– pour la quote-part, plus la franchise à option choisie.

21.3 Plusieurs personnes jusqu'à l'âge de 19 ans révolus de la même famille qui sont assurées auprès d'Atupri payent ensemble au maximum le montant de la franchise ordinaire et de la quote-part dus par un adulte.

21.4 Si, au sein d'une même famille, des personnes jusqu'à l'âge de 19 ans révolus ont opté pour des franchises, la participation totale aux coûts pour ces personnes s'élève au maximum au double de la franchise la plus élevée choisie, auquel vient s'ajouter le montant maximal de la quote-part valable pour un enfant.

C INDEMNITÉ JOURNALIÈRE LAMAL

I Généralités

22 Fondements et but de l'assurance

22.1 L'assurance Indemnité journalière LAMal est gérée selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et selon la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal).

22.2 L'assurance Indemnité journalière LAMal couvre la perte de gain occasionnée par une incapacité de travail due à une maladie, à la maternité ou à un accident.

23 Indemnité journalière en cas de maladie et d'accident

La couverture d'assurance peut être conclue pour les risques de maladie, y compris la maternité, avec ou sans l'inclusion du risque d'accidents, au choix.

24 Délais d'attente

Des délais d'attente de 2, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180 ou 360 jours peuvent être conclus.

25 Assurances admises

25.1 Dans l'assurance Indemnité journalière LAMal, un montant maximal de CHF 30.– par jour peut être assuré. L'indemnité journalière minimale s'élève à CHF 10.– par jour; sous réserve des dispositions concernant la surindemnisation après l'âge de

65 ans selon l'article 40.1 ci-après.

- 25.2 Les personnes sans activité lucrative peuvent s'assurer au maximum pour une indemnité journalière de CHF 10.– par jour.
- 25.3 Les assurances existant ailleurs qu'auprès d'Atupri seront imputées au montant maximal autorisé.

II Conditions d'assurance

26 Proposition d'assurance

Atupri peut exiger du proposant de lui fournir un certificat médical ou de passer un examen auprès du médecin-conseil. C'est elle qui supporte les frais et qui désigne le médecin.

27 Réserve d'assurance

- 27.1 Les maladies, infirmités et séquelles d'accidents existantes lors de la conclusion de l'assurance sont exclues de l'assurance (réserve d'assurance). Feront également l'objet d'une réserve, les maladies et accidents dont l'intéressé a souffert avant son admission et qui, selon l'expérience, sont sujets à rechutes.
- 27.2 La réserve prend effet dès le début de l'assurance; elle devient, sans autre, caduque à l'expiration d'une période de 5 ans. La personne assurée a toutefois la possibilité, en remettant un certificat détaillé avant l'échéance de ce délai, de fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.
- 27.3 La réserve d'assurance ainsi que sa durée (début et fin) sont communiquées, par voie écrite, à l'assuré.

28 Violation de l'obligation d'annonce

Lorsque le proposant a volontairement indiqué, dans sa demande d'assurance, des renseignements erronés ou incomplets sur les maladies ou les séquelles d'accidents dont il a été victime, Atupri peut appliquer une réserve rétroactive.

29 Augmentation de l'assurance

Les dispositions relatives à la procédure d'admission selon les articles 26 à 28 mentionnés ci-dessus s'appliquent par analogie en cas d'augmentation de l'assurance.

30 Conversion de l'assurance

- 30.1 Il est possible de convertir les sommes d'indemnité journalière et les délais d'attente de l'assurance Indemnité journalière existante en maintenant l'ancien groupe d'âge, dans la mesure où la prime due ne s'en trouve pas augmentée.
- 30.2 Lorsque le délai d'attente correspond à l'ancien droit relatif à la poursuite du versement du salaire fixé par le contrat de travail, les travailleurs ont la possibilité
- en cas de modification du contrat de travail, de réduire le délai d'attente à la durée diminuée de la période durant laquelle le versement du salaire se poursuit ou
 - en cas de début d'activité lucrative indépendante, de réduire le délai d'attente à 30 jours.
- Les demandes à ce sujet doivent parvenir à Atupri dans les 3 mois qui suivent la date à laquelle le change-

ment de situation a eu lieu. Durant ce laps de temps, la réduction du délai d'attente est accordée indépendamment de l'âge et de l'état de santé.

- 30.3 Les personnes assurées qui sont au chômage peuvent convertir leur assurance Indemnité journalière existante avec le montant actuel en une assurance avec délai d'attente de 30 jours, indépendamment de leur état de santé.

31 Réduction, résiliation et extinction de l'assurance

- 31.1 Moyennant un délai de résiliation de 3 mois, chaque personne assurée peut résilier par écrit et pour la fin d'un mois l'assurance Indemnité journalière LAMal, respectivement réduire l'assurance existante.
- 31.2 Une personne assurée peut toutefois résilier son assurance Indemnité journalière par voie écrite pour la fin d'un mois, dans la mesure où l'une des conditions ci-après est remplie:
- transfert durable du domicile à l'étranger
 - augmentation des primes dans l'assurance Indemnité journalière
 - transfert dans une assurance Indemnité journalière de l'employeur
- 31.3 En cas de surindemnisation probablement durable, la personne assurée ou Atupri sont autorisées à réduire l'assurance Indemnité journalière existante.
- 31.4 L'assurance Indemnité journalière s'éteint automatiquement lorsque la durée maximale du droit aux prestations est atteinte, mais au plus tard avec l'accomplissement de la 70^e année.
- 31.5 La réduction de la couverture d'assurance après accomplissement de la 65^e année est réglementée à l'article 40.

III Primes

32 Fixation des primes

- 32.1 Jusqu'à l'âge de 25 ans, les primes sont fixées selon l'âge effectif.
- 32.2 À partir de l'âge de 26 ans, les primes sont fixées selon l'âge d'entrée; le groupe d'âge 26 à 30 ans est considéré comme l'âge d'entrée minimal.
- 32.3 En cas d'augmentation d'assurance, l'indemnité journalière existante sera maintenue dans le groupe d'âge actuel. L'âge effectif sera déterminant pour fixer le groupe d'âge de l'indemnité journalière supplémentaire. Sous réserve des dispositions selon l'article 30. La Direction règle les cas spéciaux, en particulier les augmentations d'assurance réitérées.

IV Prestations

33 Conditions pour l'octroi de prestations

- 33.1 La personne assurée doit annoncer son incapacité de travail au plus tard dans les 5 jours qui suivent l'échéance du délai d'attente convenu. Dans les 3 jours suivants, elle doit remettre une attestation d'incapacité de travail établie par le médecin ou le chiropraticien.
- 33.2 En cas de remise tardive, le droit à l'indemnité journalière assurée débute au plus tôt le jour de la réception du certificat médical.

- 33.3 La personne assurée doit fournir la preuve de la perte de revenus non couverte.
- 33.4 Lorsque l'incapacité de travail prend fin ou en cas de modification du degré d'incapacité de travail, une attestation sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit immédiatement être envoyée à Atupri.
- 33.5 Si des personnes assurées sollicitent des prestations d'assurance, elles doivent autoriser au cas par cas l'ensemble des personnes et services, à savoir les employeurs, les médecins, les assurances et les services officiels, à délivrer des renseignements qui sont nécessaires à l'évaluation des droits en matière de prestations. Ces personnes et services sont tenus de fournir des renseignements.
- 34 Début des prestations et imputation du délai d'attente**
- 34.1 Le droit à l'indemnité journalière débute après écoulement du délai d'attente convenu.
- 34.2 Lors de l'octroi des prestations, le délai d'attente est pris en compte une fois en l'espace de 365 jours.
- 35 Durée des prestations**
- 35.1 L'indemnité journalière assurée est octroyée au maximum pendant 720 jours dans l'intervalle de 900 jours consécutifs. Pour les personnes assurées ayant accompli leur 65^e année, l'article 40 ci-après est applicable. Les délais d'attente de 30 jours et plus sont imputés à la durée maximale du droit aux prestations.
- 35.2 En cas d'octroi d'une indemnité journalière réduite conformément à l'article 36 ci-après, l'indemnité journalière correspondante est versée pour la durée prévue à l'alinéa 1 ci-dessus. La couverture d'assurance pour la capacité de travail résiduelle est maintenue.
- 35.3 En cas de réduction de l'indemnité journalière selon l'article 37 (surindemnisation), la personne assurée frappée d'une incapacité de travail a droit à la contre-valeur de 720 indemnités journalières entières. Les délais de perception de l'indemnité journalière sont prolongés en fonction de la réduction.
- 35.4 La personne assurée n'a pas le droit d'empêcher l'extinction de l'assurance Indemnité journalière en renonçant au versement des prestations de l'indemnité journalière.
- 36 Incapacité de travail partielle**
- 36.1 En cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 50% attestée médicalement, l'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail correspondant. En outre, elle est octroyée à partir d'un degré d'incapacité de travail de 25% pendant 90 jours civils au maximum durant la durée du droit aux prestations ordinaire selon l'article 35 ci-dessus, mais seulement à la suite d'une incapacité de travail d'au moins 50%.
- 36.2 En cas de chômage, les dispositions légales sont applicables.
- 37 Surindemnisation**
- 37.1 Le droit aux prestations de l'indemnité journalière n'existe que dans la mesure où il n'en résulte pas de gain d'assurance pour la personne assurée.
- 37.2 Sont considérées comme gain d'assurance les prestations qui dépassent l'indemnisation de la perte de gain subie par la personne assurée. Les prestations versées par d'autres assureurs sont imputées en cas d'évaluation d'un éventuel gain d'assurance.
- 37.3 Aux personnes assurées qui ne peuvent pas fournir la preuve de la perte de gain subie, il est octroyé tout au plus une indemnité journalière de CHF 10.– par jour.
- 38 Maternité**
- 38.1 En cas de grossesse et d'accouchement, Atupri octroie l'indemnité journalière assurée pour la maladie durant 16 semaines si, lors de l'accouchement, la personne assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de 3 mois, auprès d'un assureur-maladie reconnu. Au moins 8 des 16 semaines doivent se situer après l'accouchement. Le délai d'attente convenu est imputé aux 16 semaines.
- 38.2 Les prestations en cas de maternité ne sont pas imputées à la durée maximale du droit aux prestations.
- 38.3 Pour les femmes qui cessent leur activité lucrative avant les 8 semaines précédant leur accouchement, l'assurance Indemnité journalière existante est réduite au montant maximal conformément à l'article 25.2 ci-dessus.
- 39 Droit aux prestations à l'étranger**
- En cas d'incapacité de travail à l'étranger, l'indemnité journalière n'est octroyée que pendant la durée du séjour dans un établissement hospitalier.
- 40 Couverture d'assurance après l'accomplissement de la 65^e année**
- 40.1 Après l'accomplissement de la 65^e année, l'assurance existante est automatiquement réduite à CHF 5.– par jour. Si la personne assurée est capable de travailler et continue d'exercer une profession à ce moment-là, elle peut demander que le montant de l'indemnité journalière existante soit maintenu jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 70 ans révolus.
- 40.2 Après l'accomplissement de la 65^e année, les indemnités journalières assurées sont versées au maximum pendant 180 jours civils durant 900 jours consécutifs. Les indemnités touchées juste avant l'accomplissement de la 65^e année sont imputées pour autant qu'en les ajoutant, l'on dépasse la durée maximale des prestations prévues à l'article 35 ci-dessus.
- 40.3 Après l'accomplissement de la 65^e année, les délais d'attente convenus sont ramenés à 30 jours au maximum.
- D DISPOSITIONS FINALES**
- 41 Compensation**
- Il n'existe aucun droit à l'imputation des participations aux coûts et primes dues par des prestations d'assurance, que ce soit pour Atupri ou pour les personnes assurées.

42 Clause de confidentialité, protection des données

- 42.1 Les collaborateurs d'Atupri ayant connaissance des diagnostics, de l'état de santé, du droit aux prestations et du versement des prestations, ainsi que des conditions de revenu et de fortune des personnes assurées, sont tenus au secret conformément aux dispositions légales.
- 42.2 Les personnes assurées sont protégées dans le cadre des dispositions de la loi sur la protection des données (LPD) contre l'usage illicite des données informatisées les concernant.

43 Voies de droit

- 43.1 Si une personne assurée n'est pas d'accord avec une décision d'Atupri, cette dernière fait part dans les 30 jours d'une décision écrite mentionnant les voies de recours.
- 43.2 Toute décision peut être attaquée, dans les 30 jours, par voie d'opposition auprès d'Atupri qui rendra une décision sur opposition en indiquant les motifs ainsi que les voies de recours.
- 43.3 En cas de décision sur opposition par Atupri, un recours peut être déposé dans les 30 jours auprès du tribunal administratif désigné par le canton. Un recours est également recevable lorsque Atupri n'a rendu aucune décision ou décision sur opposition, contrairement à la demande de la personne concernée.
- 43.4 Une décision ou décision sur opposition devient exécutoire si elle ne peut plus être contestée par un recours ou une action juridique ou si celle-ci n'a pas d'effet suspensif.

44 Application des Conditions générales d'assurance (CGA)

Les dispositions légales s'appliquent à tous les cas non prévus expressément par les présentes Conditions générales d'assurance (CGA).

TABLE DES MATIÈRES

I Dispositions générales		IV Droits et obligations des assurés TelFirst	
1 Principe	9	9 Conseil par le centre	10
2 Domaine d'application	9	10 Cas particuliers et exceptions	10
II Rapport d'assurance		11 Obligation de signaler des accidents	10
3 Conclusion	9	12 Droit d'accès aux dossiers et traitement des données	10
4 Résiliation	9	V Dispositions diverses	
5 Terminaison de TelFirst	9	13 Protection des données	10
6 Exclusion et annulation de TelFirst	10	14 Échange de données	11
III Primes et participation aux coûts		15 Conseil et responsabilité	11
7 Primes	10		
8 Participation aux coûts	10		

I Dispositions générales

1 Principe

- 1.1 L'assurance TelFirst est une forme particulière de l'assurance de base impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Elle est basée sur le principe qu'un centre de téléconsultation (nommé ci-après «centre») effectue une première consultation médicale et définit le type ainsi que la durée du traitement avec la personne assurée.
- 1.2 Les assurés TelFirst s'engagent, en cas de problème de santé, à prendre contact avec le centre avant la prise d'un rendez-vous pour un traitement auprès d'un prestataire ou avant de solliciter un tiers pour une telle prise de rendez-vous, dans la mesure où les présentes dispositions ne prévoient pas autre chose. Ils contribuent ainsi à une meilleure gestion des coûts des traitements médicaux.
- 1.3 Le centre est opéré par une société indépendante d'Atupri, qui emploie des médecins et du personnel paramédical disponibles 24 heures sur 24 pour des consultations médicales.
- 1.4 Les prestations garanties de TelFirst sont basées sur l'étendue des prestations de l'assurance de base en tenant compte des dispositions restrictives pour la perception des prestations (articles 9 à 12).

2 Domaine d'application

Les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) d'Atupri s'appliquent à moins que ces dispositions ne comportent des règles divergentes.

II Rapport d'assurance

3 Conclusion

- 3.1 Toutes les personnes assurées disposant déjà ou sou-

haitant disposer d'une assurance de base chez Atupri et ayant leur domicile dans la zone où Atupri propose cette forme d'assurance peuvent souscrire une assurance TelFirst. TelFirst est en principe conclue avec effet au début d'une année civile; pour une assurance avec franchise ordinaire, la conclusion peut également prendre effet le premier jour du mois suivant.

- 3.2 Au cas où le conseil médical du centre ne peut pas ou dans une mesure très restreinte uniquement influencer le traitement ou bien si le recours au conseil est impossible pour une période prolongée, TelFirst ne pourra pas être conclue. L'article 6.2 (lettres b à d) y est applicable en substance.

4 Résiliation

- 4.1 Le passage de TelFirst à une autre forme d'assurance est possible pour la fin d'une année civile au moyen d'une résiliation, dans le respect des délais de résiliation au sens des articles 14.1 et 14.2 des conditions générales d'assurance (CGA).
- 4.2 La résiliation entraîne, dans la mesure où la personne assurée ne demande pas à changer d'assureur, le passage à la forme d'assurance Standard.

5 Terminaison de TelFirst

- 5.1 En cas de déménagement en dehors de la zone de couverture de TelFirst, la personne quitte TelFirst et passe à la forme d'assurance Standard au premier du mois suivant.
- 5.2 Au lieu du passage à la forme d'assurance Standard, le passage à la forme d'assurance HMO, CareMed, FlexCare ou SmartCare est possible, à condition que celle-ci soit disponible pour la personne assurée et que cette dernière en émette le souhait.

6 Exclusion et annulation de TelFirst

- 6.1 Atupri a le droit d'exclure des assurés TelFirst de l'assurance TelFirst moyennant le respect d'un délai de préavis de 30 jours pour la fin d'un mois calendaire avec une des suivantes conditions étant remplie.
- 6.2 L'exclusion de TelFirst est possible dans les cas suivants:
 - a) En cas de violation des obligations par des assurés TelFirst au sens des articles 9 à 11.
 - b) En cas de séjour prolongé de plus de trois mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de convalescence.
 - c) En cas de séjours à l'étranger de plus de trois mois des assurés TelFirst.
- 6.3 Le fait de quitter TelFirst entraîne automatiquement un passage à la forme d'assurance Standard. Dans ce cas, il n'y a aucun droit à une autre conclusion d'une forme d'assurance avec choix restreint des fournisseurs de prestations.
- 6.4 Au cas où la collaboration entre Atupri et le centre serait terminée, la forme d'assurance TelFirst expirera et entraînera le passage dans la forme d'assurance Standard.
- 6.5 Dans les régions où pour la même zone de couverture CareMed, HMO, FlexCare ou SmartCare sont proposées, les assurés TelFirst peuvent au moment de l'expiration de TelFirst, conformément à l'article 6.4, également passer dans une de ces formes d'assurance dans un délai de 30 jours après avis écrit d'Atupri. Si aucun choix n'est exercé par les assurés TelFirst pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

III Primes et participation aux coûts

7 Primes

Les assurés TelFirst profitent d'une réduction sur la prime de l'assurance de base. Le tarif correspondant de la prime en vigueur est déterminant.

8 Participation aux coûts

- 8.1 La facturation de la franchise et de la participation aux coûts pour les prestations fournies aux assurés TelFirst ainsi que de la contribution aux coûts pour les séjours à l'hôpital a lieu conformément aux dispositions légales de l'assurance de base ainsi qu'aux conditions d'assurance correspondantes d'Atupri.
- 8.2 L'assurance proposant des franchises au choix au sens des articles 18 à 20 des Conditions générales d'assurance (CGA) est également ouverte aux assurés TelFirst.

IV Droits et obligations des assurés TelFirst

9 Conseil par le centre

- 9.1 Les assurés TelFirst s'adressent toujours d'abord au centre avant la prise d'un rendez-vous pour le traitement auprès d'un prestataire. Le centre fournit du conseil médical aux assurés et stipule le traitement

optimal et le délai après lequel une consultation auprès d'un fournisseur de prestations au choix devra avoir lieu. Au cas où le médecin traitant stipule un contrôle ultérieur ou bien un transfert vers un autre médecin, une hospitalisation ou bien l'admission dans un établissement médico-social, il faudra recontacter le centre par téléphone. Le non-respect répété de cette obligation de prise de contact constitue une violation des obligations au sens de l'article 6.2 et risque d'entraîner les mesures y citées.

- 9.2 Atupri a le droit de transmettre une liste des fournisseurs des prestations à privilégier au centre – conformément à l'annexe HMO ou bien un médecin CareMed conformément à l'annexe CareMed – que le centre pourra utiliser pour recommander un fournisseur de prestations aux assurés TelFirst.
- 9.3 En ce qui concerne le personnel paramédical, notamment des physiothérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes, qui fournissent des prestations à la demande du médecin, aucune prise de contact préalable avec le centre n'est nécessaire.

10 Cas particuliers et exceptions

- 10.1 Le traitement des urgences est assuré dans le cadre de la forme d'assurance Standard et doit être signalé au centre aussi rapidement que possible, au plus tard toutefois dans un délai de 20 jours.
- 10.2 Pour la première consultation gynécologique ou ophtalmologique d'une année civile, la prise de contact préalable avec le centre n'est pas obligatoire.
- 10.3 Lors d'une hospitalisation il faudra impérativement contacter le centre au préalable. Lors de la sortie de l'hôpital il faudra avertir le centre dans les meilleurs délais et dans les 20 jours au plus tard.

11 Obligation de signaler des accidents

Les assurés TelFirst doivent informer le centre et leur médecin sur tout accident et les traitements y relatifs, même si ceux-ci sont couverts par une assurance-accidents.

12 Droit d'accès aux dossiers et traitement des données

Lors de la conclusion de TelFirst, les assurés acceptent le principe de l'accès aux dossiers et du traitement de leurs données au sens des articles 14 et 15.1.

V Dispositions diverses

13 Protection des données

- 13.1 La société qui opère le centre est tenue de respecter les dispositions en matière de la protection des données prévues par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la partie générale du droit social et la loi sur la protection des données (LPD).
- 13.2 Atupri garantit le traitement consciencieux des informations traitées dans le cadre de TelFirst. Les personnes assurées sont protégées contre l'utilisation illicite des données les concernant dans le cadre des dispositions de la LPD.

14 Échange de données

- 14.1 Pour permettre l'identification des personnes assurées, l'assureur octroie au centre l'accès aux données personnelles actualisées des personnes assurées. Ces données comprennent le numéro d'assuré, le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse ainsi que la couverture d'assurance correspondante. À des fins d'évaluation, l'assureur peut mettre les factures des fournisseurs de prestations des assurés à la disposition du centre.
- 14.2 Le centre mettra les informations importantes relatives à la définition des prestations comme la date de l'appel et le délai prévu pour la consultation chez le fournisseur de prestations à la disposition de l'assureur. Ni des données médicales, ni d'autres données personnelles à protéger selon la LPD ne seront communiquées. Le centre est par ailleurs lié par le secret professionnel au sens de l'article 33 de LPGA.
- 14.3 En souscrivant la forme d'assurance TelFirst, la personne assurée accepte le traitement des données décrit dans la présente annexe.

15 Conseil et responsabilité

- 15.1 Les prestations de conseil dispensées par le centre sont gratuites pour les assurés TelFirst; qui paient simplement les éventuels frais de téléphone et d'Internet de leur fournisseur de télécommunication. Les conversations téléphoniques sont enregistrées par le centre et archivées.
- 15.2 Le centre assume l'entière responsabilité relative aux conseils et informations fournies.

TABLE DES MATIÈRES

I Dispositions générales		IV Droits et obligations des assurés HMO	
1 Principe	12	9 Suivi et soins prodigués par le médecin coordinateur	13
2 Domaine d'application	12	10 Traitements d'urgence	14
II Rapport d'assurance		11 Traitements par le spécialiste	14
3 Conclusion	12	12 Prise en charge / traitements gynécologiques	14
4 Résiliation	13	13 Hospitalisation	14
5 Changement de médecin ou résiliation de la forme d'assurance	13	14 Cures balnéaires et de convalescence	14
6 Exclusion et annulation de la forme d'assurance HMO	13	15 Obligation de signaler des accidents	14
III Primes et participation aux coûts		16 Changer de médecin coordinateur	14
7 Primes	13	V Dispositions diverses	
8 Participation aux coûts	13	17 Protection des données	14
		18 Traitement des données	14

I Dispositions générales

1 Principe

- 1.1 L'assurance HMO est une forme particulière de l'assurance de base impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
- 1.2 Les soins médicaux de base au sens d'une prise en charge, conseil et traitements globaux et coordonnés sont dans ce cas assurés par le médecin choisi d'un réseau de médecins ou par le médecin d'un cabinet de groupe HMO (dénommé ci-après «médecin coordinateur»).
- 1.3 De principe, les assurés HMO se déclarent prêts à faire effectuer tous les traitements et examens par le médecin coordinateur ou à se faire transférer par ce dernier vers des tiers. Ils contribuent ainsi à une meilleure gestion des coûts des traitements médicaux.
- 1.4 Un contrat de collaboration entre Atupri et le réseau de médecins ou bien le cabinet de groupe HMO constitue la base de ces prestations; le financement y est assuré par capitation ou bien par une coresponsabilité budgétaire suivant les dispositions de la convention. Atupri peut déléguer la conclusion et la gestion de ces contrats à un tiers (p. ex. à une organisation d'entreprise spécialisée dans ce domaine).
- 1.5 Les prestations garanties de la forme d'assurance HMO sont basées sur l'étendue des prestations de l'assurance de base en tenant compte des dispositions restrictives pour la perception des prestations (articles 9 à 16).
- 1.6 L'offre HMO dépend de la disposition des médecins à apporter leur contribution au sens de l'article 1.4 et de leur capacité d'accueil de nouveaux patients. Les personnes qui remplissent une proposition corres-

pondante ne peuvent faire valoir aucune prétention relative à une telle offre, ni à la conclusion d'une assurance HMO.

2 Domaine d'application

Les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) d'Atupri s'appliquent à moins que ces dispositions ne comportent des règles divergentes.

II Rapport d'assurance

3 Conclusion

- 3.1 Toutes les personnes assurées disposant déjà ou souhaitant disposer d'une assurance de base chez Atupri et ayant leur domicile dans la zone où Atupri propose cette forme d'assurance peuvent souscrire une forme d'assurance HMO. Article 1.6 demeure ainsi réservé. HMO est en principe conclue avec effet au début d'une année civile; pour une assurance avec franchise ordinaire, la conclusion peut également prendre effet le premier jour du mois suivant.
- 3.2 S'ils en ont la possibilité, les assurés HMO choisissent leur médecin coordinateur lors de la conclusion de la forme d'assurance HMO. Ce faisant, ils s'assurent que le médecin choisi n'a pas refusé de nouveaux patients par manque de capacités. L'article 16 prévoit la possibilité de changer ultérieurement de médecin coordinateur.
- 3.3 La conclusion de la forme d'assurance HMO est exclue dans les cas suivants:
 - le médecin coordinateur ne peut pas ou dans une mesure très restreinte uniquement influencer le traitement, l'article 6.2 (lettres b à d) y est applicable en substance;

– avec une distance excessive entre le domicile de l'assuré et le cabinet du médecin coordinateur empêchant les visites à domicile.

- 3.4 Les personnes assurées qui font elles-mêmes partie de l'offre HMO d'Atupri en tant que médecins coordinateurs, sont contraintes de choisir pour elles-mêmes et les membres de leur famille vivant dans le même foyer, un autre médecin coordinateur conformément à l'alinéa 2.

4 Résiliation

- 4.1 La migration de la forme HMO vers une autre forme d'assurance est possible à condition du respect des délais de résiliation au sens des articles 14.1 et 14.2 des Conditions générales d'assurance (CGA) pour la fin d'une année civile et moyennant un avis de résiliation.
- 4.2 La résiliation entraîne, dans la mesure où la personne assurée ne demande pas à changer d'assureur, le passage à la forme d'assurance Standard.

5 Changement de médecin ou résiliation de la forme d'assurance

- 5.1 En cas de déménagement en dehors de la zone de couverture HMO, la personne quitte la forme d'assurance HMO et passe à la forme d'assurance Standard au premier du mois suivant.
- 5.2 Lorsque le médecin coordinateur choisi met fin à la relation contractuelle avec les assurés HMO en tant que patients ou quitte le système de soins HMO, ceux-ci peuvent dans un délai de 30 jours après avis écrit d'Atupri désigner un nouveau médecin coordinateur comme médecin de famille ou passer à la forme d'assurance Standard. Si aucun choix n'est exercé par les assurés HMO pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard. En cas de passage d'un médecin CareMed au système de soins HMO, l'article 6.6 annexe CareMed s'applique.

6 Exclusion et annulation de la forme d'assurance HMO

- 6.1 Atupri a le droit d'exclure des assurés HMO de la forme d'assurance HMO moyennant le respect d'un délai de préavis de 30 jours pour la fin d'un mois calendaire avec une des suivantes conditions étant remplie.
- 6.2 L'exclusion de la forme d'assurance HMO est possible dans les cas suivants:
- En cas de violation des obligations par les assurés HMO au sens des articles 9 à 15.
 - En cas de séjour des assurés HMO dans un établissement médico-social, dans un home médicalisé pour personnes âgées ou dans le service pour maladies chroniques d'un hôpital pour soins.
 - En cas de séjour prolongé de plus de trois mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de convalescence.
 - En cas de séjours à l'étranger de plus de trois mois des assurés HMO.
 - Dans tous les autres cas où le médecin coordinateur ne peut pas ou dans une mesure très restreinte

uniquement influencer le traitement.

- f) En cas de changements répétitifs et sans motif du médecin coordinateur (article 16.2).
- 6.3 Le fait de quitter la forme d'assurance HMO entraîne automatiquement un passage à la forme d'assurance Standard. Il n'y a dans ce cas plus le droit de souscrire une forme d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
- 6.4 Lorsque la forme d'assurance HMO prend fin, cela conduit automatiquement au passage à la forme Standard.
- 6.5 Dans les régions où pour la même zone de couverture les formes d'assurance CareMed, TelFirst, FlexCare ou SmartCare sont proposées, les assurés HMO peuvent au moment de l'expiration de la forme d'assurance HMO, conformément à l'article 6.4, également passer dans une de ces formes d'assurance dans un délai de 30 jours après avis écrit d'Atupri. Si aucun choix n'est exercé par les assurés HMO pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

III Primes et participation aux coûts

7 Primes

Les assurés HMO profitent d'une réduction sur la prime de l'assurance de base. Le tarif correspondant de la prime en vigueur est déterminant.

8 Participation aux coûts

- 8.1 La facturation de la franchise et de la participation aux coûts pour les prestations fournies aux assurés HMO ainsi que de la contribution aux coûts pour les séjours à l'hôpital a lieu conformément aux dispositions légales de l'assurance de base ainsi qu'aux conditions d'assurance correspondantes d'Atupri.
- 8.2 L'assurance proposant des franchises au choix au sens des articles 18 à 20 des Conditions générales d'assurance (CGA) est également ouverte aux assurés HMO.

IV Droits et obligations des assurés HMO

9 Suivi et soins prodigués par le médecin coordinateur

- 9.1 Pour tous les traitements, les assurés HMO doivent toujours s'adresser d'abord à leur médecin coordinateur ou à son remplaçant, sauf en cas d'urgence selon article 10.
- 9.2 Font exception à cette limitation:
- les examens gynécologiques préventifs et les soins obstétricaux selon article 12
 - un examen annuel chez l'ophtalmologue pour la prescription de lunettes ou de lentilles de contact
 - les traitements dentaires
- Le médecin coordinateur veille au besoin au caractère adéquat du traitement et de la prise en charge par d'autres médecins, auxiliaires médicaux ou à l'hôpital.
- 9.3 Si le médecin coordinateur est absent, les assurés HMO s'adressent à son remplaçant. En cas d'absence prolongée du médecin coordinateur, les assurés HMO peuvent choisir de faire appel à un autre mé-

decin coordinateur ou passer à la forme d'assurance Standard.

9.4 Si des assurés HMO, en dehors d'une situation d'urgence, sollicitent directement des traitements ambulatoires ou stationnaires sans en avoir informé au préalable leur médecin coordinateur, ils supportent eux-mêmes les coûts occasionnés de ce fait.

9.5 Les assurés HMO doivent informer les fournisseurs de prestations consultés en dehors du réseau de médecins et/ou d'un cabinet de groupe HMO qu'ils ont conclu une assurance HMO.

10 Traitements d'urgence

10.1 En cas d'urgence, les assurés HMO s'adressent à leur médecin coordinateur. Au cas où ce dernier ne pourrait pas être rejoint, ils auront le choix de s'adresser à son suppléant ou bien au service d'urgence régional au domicile ou bien au lieu de résidence.

10.2 Au cas où une urgence exigerait une hospitalisation ou un traitement chez le médecin d'urgence, les assurés HMO sont tenus d'en informer ou de faire avertir le médecin coordinateur dès que possible et de lui présenter une attestation établie par le médecin d'urgence.

11 Traitements par le spécialiste

Au cas où le médecin coordinateur transférerait des assurés HMO à un spécialiste et au cas où ce dernier leur recommanderait un traitement plus étendu ou bien une intervention chirurgicale, les assurés HMO sont tenus d'en informer ou de faire avertir leur médecin coordinateur au préalable et de demander son autorisation.

12 Prise en charge /traitements gynécologiques

12.1 Les assurées HMO ont le libre choix en ce qui concerne les examens gynécologiques préventifs et des soins obstétricaux au cas où le médecin coordinateur n'appartiendrait pas à un cabinet de groupe HMO disposant également d'une gynécologue.

12.2 Pour tous les autres traitements gynécologiques, les assurées HMO sont tenues d'en informer leur médecin coordinateur au préalable et de demander son autorisation.

13 Hospitalisation

Toute hospitalisation relève de la compétence du médecin coordinateur et exige son autorisation (à l'exception des urgences au sens de l'article 10): le médecin coordinateur constatera la nécessité d'hospitalisation et adressera les assurés HMO à un hôpital.

14 Cures balnéaires et de convalescence

La prescription de cures balnéaires ou de convalescence relève de la compétence du médecin coordinateur et exige son autorisation au cas où les assurés

feraient valoir des prétentions en remboursement.

15 Obligation de signaler des accidents

Les assurés HMO doivent informer leur médecin coordinateur sur tout accident et les traitements y relatifs, même si ceux-ci sont couverts par une assurance-accidents.

16 Changer de médecin coordinateur

16.1 Pour de justes motifs, les assurés HMO peuvent changer de médecin coordinateur le cas échéant pour le premier jour du mois suivant. Ils en informeront Atupri et leur médecin coordinateur actuel.

16.2 En cas de changements répétitifs et sans motif, Atupri se réserve le droit d'exclure les assurés HMO respectifs de la forme d'assurance HMO pour la fin d'un mois calendaire tout en respectant un délai de préavis de 30 jours. Cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

V Dispositions diverses

17 Protection des données

La protection des données est garantie dans la forme d'assurance HMO. Atupri et le médecin coordinateur sont tenus de se fournir mutuellement les données nécessaires à la mise en œuvre de cette forme d'assurance particulière. Ils peuvent accéder réciproquement à toutes les factures reçues. Ces données sont analysées dans le cadre de la forme d'assurance HMO. Atupri peut mandater à cet effet un tiers spécialisé, sous réserve qu'elle l'astreigne aux obligations relatives à la protection des données.

18 Traitement des données

En souscrivant la forme d'assurance HMO, les personnes assurées au titre d'HMO acceptent que leur médecin coordonnant et Atupri puissent consulter l'ensemble des données de traitement et de facturation de leurs soins médicaux, dans la mesure où celles-ci sont nécessaires pour le traitement de l'assurance HMO et, en particulier, pour la vérification du respect des obligations des personnes assurées. En cas de changement de médecin coordonnant, les personnes assurées acceptent que les informations soient transmises à ce dernier et libèrent l'actuel médecin coordonnant du secret professionnel.

TABLE DES MATIÈRES

I Dispositions générales		IV Droits et obligations des assurés CareMed	
1 Principe	15	9 Prise en charge / traitement par le médecin CareMed	16
2 Domaine d'application	15	10 Traitements d'urgence	17
II Rapport d'assurance		11 Traitements par le spécialiste	17
3 Conclusion	15	12 Prise en charge / traitements gynécologiques	17
4 Résiliation	16	13 Hospitalisation	17
5 Changement de médecin ou résiliation de CareMed	16	14 Cures balnéaires et de convalescence	17
6 Exclusion et annulation de CareMed	16	15 Obligation de signaler des accidents	17
		16 Changer de médecin CareMed	17
III Primes et participation aux coûts		V Dispositions diverses	
7 Primes	16	17 Protection des données	17
8 Participation aux coûts	16	18 Traitement des données	17

I Dispositions générales

1 Principe

- 1.1 L'assurance CareMed est une forme particulière de l'assurance de base impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Elle est basée sur le principe du médecin de famille où le médecin de famille désigné par les assurés CareMed assure la prise en charge et le conseil des assurés CareMed dans leur intégralité en ce qui concerne toute question de santé.
- 1.2 De principe, les assurés CareMed se déclarent prêts à faire effectuer tous les traitements et examens par le médecin CareMed ou à se faire transférer par ce dernier vers d'autres fournisseurs de prestations. Ils contribuent ainsi à une meilleure gestion des coûts des traitements médicaux.
- 1.3 Ces prestations sont basées sur des conventions cadres conclues entre Atupri et des organisations de médecins; elles stipulent les droits et obligations des deux parties ainsi que les types de financement éventuels. Atupri peut déléguer la conclusion et la gestion de ces contrats à un tiers (p. ex. à une organisation d'entreprise spécialisée dans ce domaine).
- 1.4 Les prestations garanties de CareMed sont basées sur l'étendue des prestations de l'assurance de base en tenant compte des dispositions restrictives pour la perception des prestations (articles 9 à 16).
- 1.5 L'offre CareMed dépend de la disposition des médecins à apporter leur contribution au sens de l'article 1.3 et de leur capacité d'accueil de nouveaux patients. Les personnes qui remplissent une proposition correspondante ne peuvent faire valoir aucune prétention relative à une telle offre, ni à la conclusion d'une assurance CareMed.

2 Domaine d'application

Les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) d'Atupri s'appliquent à moins que ces dispositions ne comportent des règles divergentes.

II Rapport d'assurance

3 Conclusion

- 3.1 Toutes les personnes assurées disposant déjà ou souhaitant disposer d'une assurance de base chez Atupri et ayant leur domicile dans la zone où Atupri propose cette forme d'assurance peuvent souscrire une assurance CareMed. Article 1.5 demeure ainsi réservé. CareMed est en principe conclue avec effet au début d'une année civile; pour une assurance avec franchise ordinaire, la conclusion peut également prendre effet le premier jour du mois suivant.
- 3.2 Lors de la conclusion de CareMed, les assurés CareMed désignent un médecin CareMed affilié au réseau CareMed régional comme médecin de famille. Ce faisant, ils s'assurent que le médecin choisi n'a pas refusé de nouveaux patients par manque de capacités. Un changement ultérieur du médecin de famille au sein du réseau des médecins CareMed affiliés est possible (article 16).
- 3.3 La conclusion de CareMed est exclue dans les cas suivants:
 - le médecin CareMed ne peut pas ou dans une mesure très restreinte uniquement influencer le traitement, l'article 6.2 (lettres b à d) y est applicable en substance;
 - avec une distance excessive entre le lieu de résidence de l'assurance et le cabinet du médecin CareMed empêchant les visites à domicile.

- 3.4 Les personnes assurées qui font elles-mêmes partie de l'offre d'Atupri en tant que médecins CareMed, sont contraintes de choisir pour elles-mêmes et les membres de leur famille vivant dans le même foyer, un autre médecin CareMed conformément à l'alinéa 2.

4 Résiliation

- 4.1 Le passage de CareMed à une autre forme d'assurance est possible pour la fin d'une année civile au moyen d'une résiliation, dans le respect des délais de résiliation au sens des articles 14.1 et 14.2 des conditions générales d'assurance (CGA).
- 4.2 La résiliation entraîne, dans la mesure où la personne assurée ne demande pas à changer d'assureur, le passage à la forme d'assurance Standard.

5 Changement de médecin ou résiliation de CareMed

- 5.1 En cas de déménagement en dehors de la zone de couverture CareMed, la personne quitte la forme d'assurance CareMed et passe à la forme d'assurance Standard au premier du mois suivant.
- 5.2 Lorsque le médecin CareMed désigné met fin à la relation contractuelle avec les assurés CareMed en tant que patients ou quitte le système de soins CareMed, ceux-ci peuvent dans un délai de 30 jours après avis écrit d'Atupri désigner un nouveau médecin CareMed comme médecin de famille ou passer à la forme d'assurance Standard. Si aucun choix n'est exercé par les assurés CareMed pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard. Lors d'un changement d'un médecin CareMed dans un système de soins HMO l'article 6.6 sera applicable.

6 Exclusion et annulation de CareMed

- 6.1 Atupri a le droit d'exclure des assurés CareMed de l'assurance médecin de famille CareMed moyennant le respect d'un délai de préavis de 30 jours pour la fin d'un mois calendaire avec une des suivantes conditions étant remplies.
- 6.2 L'exclusion de CareMed est possible dans les cas suivants:
- En cas de violation des obligations par des assurés CareMed au sens des articles 9 à 15.
 - En cas de séjour des assurés CareMed dans un établissement médico-social, dans un home médicalisé pour personnes âgées ou dans le service pour maladies chroniques d'un hôpital pour soins aigus.
 - En cas de séjour prolongé de plus de trois mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de convalescence.
 - En cas de séjours à l'étranger de plus de trois mois des assurés CareMed.
 - Dans tous les autres cas où le médecin CareMed ne peut pas ou dans une mesure très restreinte uniquement influencer le traitement.
 - En cas de changements répétitifs et sans motif du médecin CareMed (article 16.2).

- 6.3 L'exclusion de CareMed entraîne le transfert automatique dans la forme d'assurance Standard. Dans ce cas, il n'y a aucun droit à une autre conclusion d'une forme d'assurance avec choix restreint des fournisseurs de prestations.

- 6.4 Lorsque CareMed prend fin, cela entraîne automatiquement un passage à la forme d'assurance Standard.

- 6.5 Dans des régions, où les formes d'assurances HMO, TelFirst, FlexCare ou SmartCare sont proposées dans le même rayon d'activité, les assurés CareMed, lors d'une annulation de CareMed, peuvent migrer vers une de ces formes d'assurances au sens de l'article 6.4 dans un délai de 30 jours suite à une demande écrite de la part d'Atupri. Si aucun choix n'est exercé par les assurés CareMed pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

- 6.6 Lors de l'affiliation du médecin CareMed désigné à la forme d'assurance HMO du fait de nouvelles conventions contractuelles, les assurés affiliés seront automatiquement transférés dans la forme d'assurance HMO à condition qu'un rabais identique sur les primes soit accordé. Les assurés concernés ont, dans un délai de 30 jours après que le transfert ait eu lieu, le droit de demander à passer à la forme d'assurance Standard, TelFirst ou FlexCare, ou bien, dans le cadre de CareMed, de désigner un autre médecin de famille que le médecin CareMed.

III Primes et participation aux coûts

7 Primes

Les assurés CareMed profitent d'une réduction sur la prime de l'assurance de base. Le tarif correspondant de la prime en vigueur est déterminant.

8 Participation aux coûts

- 8.1 L'imputation de la franchise et de la quote-part pour les prestations fournies aux assurés CareMed, ainsi que la contribution aux frais d'un séjour hospitalier se basent aux dispositions légales de l'assurance obligatoire des soins et aux conditions d'assurance y relatifs d'Atupri.
- 8.2 L'assurance proposant des franchises au choix au sens des articles 18 à 20 des Conditions générales d'assurance (CGA) est également ouverte aux assurés CareMed.

IV Droits et obligations des assurés CareMed

9 Prise en charge / traitement par le médecin CareMed

- 9.1 Pour tous les traitements, les assurés CareMed s'adressent toujours en premier à leur médecin CareMed, excepté dans des cas d'urgence tels que décrits à l'article 10.
- 9.2 Les exceptions à cette restriction sont les suivantes:
- consultations gynécologiques préventives et suivi obstétrical conformément à l'article 12,
 - une consultation annuelle chez l'oculiste pour la prescription de lunettes ou de lentilles de contact,
 - traitements dentaires.
- Le médecin CareMed veille si besoin à un traitement et un encadrement appropriés par d'autres médecins,

par du personnel médical auxiliaire ou à l'hôpital.

9.3 Si le médecin CareMed est absent, les assurés CareMed s'adressent à son remplaçant. En cas d'absence prolongée du médecin CareMed désigné comme médecin traitant, les assurés CareMed peuvent choisir de faire appel à un autre médecin CareMed régional en tant que médecin de famille, ou de passer à la forme d'assurance Standard.

9.4 Si, en dehors d'une situation d'urgence, les assurés CareMed demandent directement des traitements ambulatoires ou stationnaires sans instructions préalables de la part de leur médecin CareMed, ils assument eux-mêmes l'ensemble des coûts y afférents.

9.5 Les assurés CareMed sont tenus d'informer le prestataire qu'ils consultent en dehors du système du médecin de famille CareMed du fait qu'ils ont souscrit l'assurance CareMed.

10 Traitements d'urgence

10.1 En cas d'urgence, les assurés CareMed s'adressent à leur médecin CareMed. Au cas où ce dernier ne pourrait pas être rejoint, ils auront le choix de s'adresser à son suppléant ou bien au service d'urgence régional au domicile ou bien au lieu de résidence.

10.2 Au cas où une urgence exigerait une hospitalisation ou un traitement chez le médecin d'urgence, les assurés CareMed sont tenus d'en informer ou de faire avertir le médecin CareMed dès que possible et de lui présenter une attestation établie par le médecin d'urgence.

11 Traitements par le spécialiste

Au cas où le médecin CareMed transférerait des assurés CareMed à un spécialiste et au cas où ce dernier leur recommanderait un traitement plus étendu ou bien une intervention chirurgicale, les assurés CareMed sont tenus d'en informer ou de faire avertir leur médecin CareMed et de demander son autorisation au préalable.

12 Prise en charge / traitements gynécologiques

12.1 Les assurées CareMed ont le libre choix en ce qui concerne les examens gynécologiques préventifs ou la prise en charge obstétrique.

12.2 Pour tous les autres traitements gynécologiques, les assurées CareMed sont tenues d'en informer leur médecin CareMed au préalable et de demander son autorisation.

13 Hospitalisation

Toute hospitalisation relève de la compétence du médecin CareMed et exige son autorisation (à l'exception des urgences au sens de l'article 10): le médecin CareMed constatera la nécessité d'hospitalisation et

adressera les assurés CareMed à un hôpital.

14 Cures balnéaires et de convalescence

La prescription de cures balnéaires ou de convalescence relève de la compétence du médecin CareMed et exige son autorisation au cas où les assurés feraient valoir des prétentions en remboursement.

15 Obligation de signaler des accidents

Les assurés CareMed doivent informer leur médecin CareMed sur tout accident et les traitements y relatifs, même si ceux-ci sont couverts par une assurance-accidents.

16 Changer de médecin CareMed

16.1 Pour de justes motifs, les assurés CareMed peuvent changer de médecin CareMed pour le premier jour du mois suivant le cas échéant. Ils en informeront Atupri et leur médecin CareMed actuel.

16.2 En cas de changements répétitifs sans motif, Atupri se réserve le droit d'exclure les assurés CareMed respectifs de CareMed pour la fin d'un mois calendaire tout en respectant un délai de préavis de 30 jours. Cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

V Dispositions diverses

17 Protection des données

La protection des données est garantie dans le système du médecin de famille CareMed. Atupri est tenue de fournir au médecin CareMed les données nécessaires à la mise en œuvre de l'assurance médecin de famille. Le médecin CareMed a accès à toutes les factures reçues par Atupri. Ces données sont analysées dans le cadre du système du médecin de famille. Atupri peut mandater à cet effet un tiers spécialisé, sous réserve qu'elle l'astreigne aux obligations relatives à la protection des données.

18 Traitement des données

En souscrivant la forme d'assurance CareMed les personnes assurées au titre de CareMed acceptent que leur médecin CareMed et Atupri puissent consulter les données utiles de traitement et de facturation de leurs soins médicaux, dans la mesure où celles-ci sont nécessaires pour le traitement de l'assurance CareMed et, en particulier, pour la vérification du respect des obligations des personnes assurées. En cas de changement de médecin CareMed, les personnes assurées acceptent que les informations soient transmises à ce dernier et libèrent l'actuel médecin CareMed du secret professionnel.

TABLE DES MATIÈRES

I Dispositions générales		IV Droits et obligations des assurés FlexCare	
1 Principes	18	9 Conseil et traitement par le centre	19
2 Domaine d'application	18	10 Cas particuliers et exceptions	19
II Conditions d'assurance		11 Obligation de signaler des accidents	20
3 Conclusion	18	12 Droit d'accès aux dossiers et traitement des données	20
4 Résiliation	19	V Dispositions diverses	
5 Fin de FlexCare	19	13 Protection des données	20
6 Exclusion de FlexCare	19	14 Échange de données	20
III Primes et participation aux coûts		15 Conseil et responsabilité	20
7 Primes	19		
8 Participation aux coûts	19		

I Dispositions générales

1 Principes

- 1.1 L'assurance FlexCare est une forme particulière de l'assurance de base impliquant un choix limité des prestataires. Elle repose sur le principe qu'une première consultation médicale ou un premier traitement médical est effectué(e), puis qu'un plan thérapeutique est convenu avec la personne assurée si cela s'impose.
- 1.2 Les prestations de conseil sont dispensées par le biais d'un centre de télémédecine ou – en fonction de l'offre au domicile de la personne assurée – directement personnellement dans un centre de santé (tous deux ci-après nommés «centre»).
- 1.3 Les assurés FlexCare déclarent qu'ils sont disposés à solliciter une consultation médicale auprès du centre pour toute question médicale. Le centre convient avec l'assuré FlexCare de la suite du traitement et définit un plan thérapeutique individuel. Ce dernier est contraignant pour l'assuré. Les assurés FlexCare contribuent ainsi à une meilleure gestion des coûts des soins médicaux.
- 1.4 Le centre est exploité par une société indépendante d'Atupri, qui emploie des médecins et du personnel paramédical. Ces derniers sont disponibles à tout moment pour une consultation médicale.
- 1.5 Le choix des médecins spécialisés nécessaires pour le plan thérapeutique se limite au réseau de partenaires défini contractuellement par la compagnie, pour autant qu'il ne soit pas nécessaire de faire appel pour des raisons médicales à des médecins ne faisant pas

partie de ce réseau.

- 1.6 Les prestations garanties de FlexCare sont basées sur l'étendue des prestations de l'assurance de base en tenant compte des dispositions restrictives pour la perception des prestations (articles 9 à 16).

2 Domaine d'application

- 2.1 Les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) d'Atupri s'appliquent à moins que ces dispositions ne comportent des règles divergentes.
- 2.2 Atupri définit les régions dans lesquelles la forme d'assurance FlexCare est proposée. Pour ces régions, des zones de primes sont fixées selon l'article 61, alinéa 2bis de la LAMal, et des précisions correspondantes sont données dans le tarif des primes.

II Conditions d'assurance

3 Conclusion

- 3.1 Toutes les personnes assurées disposant déjà ou souhaitant disposer d'une assurance de base chez Atupri et ayant leur domicile dans la zone où Atupri propose cette forme d'assurance peuvent souscrire une assurance FlexCare. FlexCare est en principe conclue avec effet au début d'une année civile; pour une assurance avec franchise ordinaire, la conclusion peut également prendre effet le premier jour du mois suivant.
- 3.2 Si la surveillance et la coordination du traitement médical par le centre ne peuvent pas être effectuées, FlexCare ne peut pas être conclue.
- 3.3 Si la sollicitation d'une consultation n'est pas possible pendant plus de trois mois au début de l'assurance,

FlexCare ne peut pas non plus être conclue.

4 Résiliation

- 4.1 Le passage de FlexCare à une autre forme d'assurance est possible pour la fin d'une année civile au moyen d'une résiliation, dans le respect des délais de résiliation au sens des articles 14.1 et 14.2 des conditions générales d'assurance (CGA).
- 4.2 La résiliation entraîne, dans la mesure où la personne assurée ne demande pas à changer d'assureur, le passage à la forme d'assurance Standard.

5 Fin de FlexCare

- 5.1 En cas de déménagement en dehors de la zone dans laquelle FlexCare est proposée, FlexCare prend automatiquement fin et un passage à la forme d'assurance Standard a lieu au premier du mois suivant.
- 5.2 Si l'offre de FlexCare prend entièrement fin ou seulement dans une certaine zone, les assurés FlexCare peuvent alors passer dans un délai de 30 jours aux formes d'assurance TelFirst ou SmartCare ou bien aux formes d'assurance HMO ou CareMed, à condition que ces formes soient également disponibles pour les personnes assurées. Si aucun choix n'est exercé par les assurés FlexCare pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.
- 5.3 Un terme à la collaboration entre le centre et Atupri peut également conduire à la suppression de l'offre FlexCare.

6 Exclusion de FlexCare

- 6.1 Atupri a le droit d'exclure des assurés FlexCare de l'assurance FlexCare pour la fin d'un mois moyennant un préavis de 30 jours, si l'une des conditions ci-dessous est remplie.
- 6.2 L'exclusion de FlexCare est possible:
 - a) dès la première violation des obligations qui incombent aux assurés FlexCare au sens des articles 10 et 11;
 - b) en cas de séjour des assurés FlexCare dans un établissement médico-social, dans la division soins d'un home pour personnes âgées ou un service pour malades chroniques d'un hôpital pour soins aigus;
 - c) en cas de séjour prolongé de plus de trois mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de réadaptation;
 - d) en cas de séjour à l'étranger de plus de trois mois des assurés FlexCare.
- 6.3 Comme condition de l'exclusion selon l'article 6.2 (lettres b et c), l'article 3.2 s'applique par analogie.
- 6.4 Le fait de quitter FlexCare entraîne automatiquement un passage à la forme d'assurance Standard. Après une exclusion, la nouvelle conclusion d'une forme d'assurance avec choix restreint des fournisseurs de prestations n'est possible ni pendant l'année civile en cours, ni celle qui suit.

III Primes et participation aux coûts

7 Primes

Les assurés FlexCare profitent d'une réduction sur la prime de l'assurance de base. Le tarif correspondant de la prime en vigueur est déterminant.

8 Participation aux coûts

- 8.1 La facturation de la franchise et de la participation aux coûts pour les prestations fournies aux assurés FlexCare ainsi que de la contribution aux coûts pour les séjours à l'hôpital a lieu conformément aux dispositions légales de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) ainsi qu'aux conditions d'assurance correspondantes d'Atupri.
- 8.2 L'assurance proposant des franchises à option au sens des articles 18 à 20 des Conditions générales d'assurance (CGA) est également ouverte aux assurés FlexCare.

IV Droits et obligations des assurés FlexCare

9 Conseil et traitement par le centre

- 9.1 Avant de demander des prestations et des traitements médicaux qui ne sont pas pris en considération dans un plan thérapeutique existant, les assurés FlexCare doivent toujours s'adresser d'abord au centre. Ce dernier conseille les assurés sur le plan médical et définit le plan thérapeutique, d'entente avec ceux-ci. Ce dernier stipule la durée de traitement prévisible, les mesures, les médicaments prescrits, les contrôles ultérieurs ainsi que, le cas échéant, les autres fournisseurs de prestations requis.
- 9.2 Le plan thérapeutique est contraignant pour les assurés FlexCare, dans le sens où ces derniers sont tenus de ne consulter que les fournisseurs de prestations stipulés pour la durée de traitement définie.
- 9.3 Les éventuels transferts et conventions entre les fournisseurs de prestations actuels et la personne assurée, qui avaient été conclus avant la migration dans la forme d'assurance FlexCare, n'ont aucune validité et ne sont pas pris en considération.
- 9.4 Si une adaptation du plan de traitement s'avère nécessaire en cours de traitement eu égard à la durée et/ou aux fournisseurs de prestations, l'assuré FlexCare doit en discuter au préalable avec le centre.
- 9.5 Les renvois en dehors du plan thérapeutique fixé doivent préalablement être discutés avec le centre et requièrent le consentement de ce dernier.
- 9.6 En ce qui concerne le personnel paramédical, notamment des physiothérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes, qui fournissent des prestations à la demande du médecin, aucune prise de contact préalable avec le centre n'est nécessaire. La condition à remplir est toutefois que le transfert vers le personnel paramédical par un médecin intervienne dans le cadre du plan thérapeutique convenu et de sa durée de validité.

10 Cas particuliers et exceptions

- 10.1 Le traitement des urgences est assuré dans le cadre de la forme d'assurance Standard et doit être signalé

au centre aussi rapidement que possible, au plus tard toutefois dans un délai de 20 jours.

10.2 Pour la première consultation gynécologique ou ophtalmologique au cours d'une année civile, la prise de contact préalable avec le centre n'est pas obligatoire.

10.3 L'admission dans un hôpital ou un établissement médico-social doit préalablement être convenue avec le centre et requiert le consentement de ce dernier. La sortie d'un hôpital ou d'un établissement médico-social doit être annoncée au centre le plus tôt possible, au plus tard toutefois dans les 20 jours.

11 Obligation de signaler des accidents

Les assurés FlexCare doivent informer le centre et leur médecin de tout accident et des traitements y relatifs, même si ceux-ci sont couverts par une assurance-accidents.

12 Droit d'accès aux dossiers et traitement des données

Lors de la conclusion de FlexCare, les assurés acceptent le principe de l'accès aux données et de leur traitement au sens des articles 14 et 15.

V Dispositions diverses

13 Protection des données

13.1 Le centre respecte les dispositions en matière de protection des données prévues par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et la loi sur la protection des données (LPD).

13.2 Atupri garantit le traitement consciencieux des informations traitées dans le cadre de FlexCare. Les personnes assurées sont protégées contre l'utilisation illicite des données les concernant dans le cadre des dispositions de la LPD.

14 Échange de données

14.1 Pour permettre l'identification des personnes assurées, l'assureur autorise la société d'exploitation à accéder aux données personnelles actualisées des assurés. Ces données comprennent le numéro d'assuré, le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse ainsi que la couverture d'assurance correspondante. La société qui exploite le centre a en outre le droit de consulter toutes les factures enregistrées afin de les évaluer dans le cadre de la forme d'assurance FlexCare. À des fins d'évaluation, l'assureur peut mettre les factures des fournisseurs de prestations concernant des assurés à la disposition du centre.

14.2 Le centre met à disposition de l'assureur les données nécessaires à la définition de la prestation, comme notamment la date de début et la durée du plan de traitement pour la consultation chez le prestataire ainsi que lors d'un appel, la date de la conversation téléphonique. Ni les données médicales, ni les autres données personnelles sensibles selon LPD, ne sont transmises. Le centre est par ailleurs tenu au secret

professionnel en vertu de l'article 33 de la LPGA.

14.3 En souscrivant la forme d'assurance FlexCare, la personne assurée accepte le traitement des données décrit dans la présente annexe.

15 Conseil et responsabilité

15.1 Les prestations de conseil dispensées par le centre sont gratuites pour les assurés FlexCare; qui paient simplement les éventuels frais de téléphone et d'Internet de leur fournisseur de télécommunication. Les conversations téléphoniques sont enregistrées par le centre et archivées.

15.2 Le centre assume l'entière responsabilité relative aux conseils et informations fournies.

SOMMAIRE

I Dispositions générales			IV Droits et obligations des personnes assurées au titre de SmartCare	
1 Principe	21		10 Procédure de traitement et plan de traitement	23
2 Champ d'application	21		11 Particularités et exceptions	23
II Relation contractuelle			12 Obligation de signaler des accidents	23
3 Souscription et utilisation	21		13 Droit d'accès aux dossiers et traitement des données	23
4 Changement de forme d'assurance	22		V Autres dispositions	
5 Résiliation de SmartCare	22		14 Protection des données	23
6 Exclusion de SmartCare	22		15 Conseil et responsabilité	24
7 Exploitation et utilisation de l'application	22			
III Primes et participations aux coûts				
8 Primes	22			
9 Participations aux coûts	22			

I Dispositions générales

1 Principe

- 1.1 L'assurance SmartCare est une forme particulière de l'assurance de base, impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations selon l'art. 99 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Elle repose sur le principe selon lequel une procédure contraignante basée sur la situation médicale actuelle de la personne assurée (ci-après «procédure de traitement») est définie au moyen d'un logiciel d'application spécifique pour terminaux mobiles, conformément aux conditions d'utilisation stipulées à l'art. 3.2 (ci-après «application»). Cette procédure se réfère à une évaluation numérique des symptômes..
- 1.2 Les soins médicaux de base résultant de la procédure de traitement, au sens d'une prise en charge, d'une consultation et d'un traitement globaux et coordonnés, sont principalement délivrés par un centre de téléconsultation (ci-après «centre»). Selon la gravité de la maladie et l'urgence du problème de santé de la personne assurée, la procédure de traitement peut toutefois aussi inclure des consultations sur place, chez un fournisseur de prestations. L'ensemble des mesures médicales recommandées est qualifié de plan de traitement au sens de l'art. 10.1.
- 1.3 Au moment de la souscription de l'assurance SmartCare, les personnes assurées déclarent être prêtes à utiliser l'application ainsi qu'à respecter la procédure de traitement qui en résulte et le plan de traitement selon l'art. 10.1. Elles contribuent ainsi à des soins médicaux à la fois économiques et efficaces, lesquels constituent la base de l'octroi d'un rabais sur les primes conformément à l'art. 8. L'article 3.3 demeure réservé.

- 1.4 Le centre est exploité par une société indépendante d'Atupri sise en Suisse, laquelle emploie des médecins et du personnel paramédical. Grâce à l'application et aux prestations par téléphone, le centre est atteignable pour une consultation médicale à toute heure du jour et de la nuit.
- 1.5 Les prestations garanties de SmartCare sont basées sur l'étendue des prestations de l'assurance de base en tenant compte des dispositions restrictives pour la perception des prestations (articles 10 à 12).

2 Domaine d'application

Les conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) d'Atupri s'appliquent à moins que ces dispositions ne comportent des règles divergentes.

II Relation contractuelle

3 Souscription et utilisation

- 3.1 Toutes les personnes disposant déjà ou souhaitant disposer d'une assurance de base chez Atupri et ayant leur domicile dans la zone où Atupri propose cette forme d'assurance peuvent souscrire une assurance SmartCare. SmartCare est en principe souscrite avec effet au début d'une année civile; pour une forme d'assurance standard avec franchise ordinaire, la souscription peut également prendre effet le premier jour du mois suivant.
- 3.2 Eu égard à l'exigence d'utilisation de la technologie numérique prévue à l'art. 1.1, les conditions supplémentaires suivantes s'appliquent à la conclusion de SmartCare:
 - l'utilisation d'un terminal mobile pour les fonctionnalités de l'application

- l'utilisation du portail clients d'Atupri («myAtupri»). Celle-ci induit également l'approbation des dispositions d'utilisation et de protection des données du portail clients myAtupri et de l'app myAtupri.
- 3.3 L'utilisation de l'application est réservée aux personnes qui, selon l'ordre juridique qui leur est applicable, sont majeures. Celles-ci peuvent gérer l'application pour des tiers en tant que tuteurs légaux, représentants légaux ou autres assistants.
- 3.4 Les mineurs qui souhaitent directement un conseil ainsi que les personnes qui ne disposent pas d'un appareil mobile compatible avec une application utilisent les possibilités de communication téléphonique pour le conseil médical, y compris la procédure de traitement. La condition correspondante de l'article 3.2, point un de l'énumération, ne s'applique pas en pareil cas.
- 3.5 L'utilisation de l'application par les représentants légaux n'est pas une condition pour les enfants jusqu'à 6 ans.
- 4 Changement de forme d'assurance**
Le passage de SmartCare à une autre forme d'assurance est possible pour la fin d'une année civile au moyen d'une résiliation, dans le respect des délais de résiliation au sens des articles 14.1 et 14.2 des conditions générales d'assurance (CGA).
- 5 Résiliation de SmartCare**
- 5.1 Si l'offre de SmartCare prend entièrement fin ou seulement dans une certaine zone, les personnes assurées au titre de SmartCare peuvent passer aux formes d'assurance FlexCare, HMO ou CareMed, à condition que celles-ci soient également disponibles pour les personnes assurées. Si aucun choix n'est exercé par les personnes assurées au titre de SmartCare pendant ce délai, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.
- 5.2 La fin de la collaboration entre le centre et Atupri peut également entraîner l'abolition de l'offre de SmartCare.
- 6 Exclusion de SmartCare**
- 6.1 Atupri peut exclure des personnes assurées au titre de SmartCare de l'assurance SmartCare pour la fin d'un mois, moyennant un préavis de 20 jours, si l'une des conditions ci-dessous est remplie.
- 6.2 L'exclusion de SmartCare est possible:
- a) adès la première violation des obligations qui incombent aux personnes assurées au titre de SmartCare, au sens des articles 10 et 11;
 - b) en cas de séjour des personnes assurées au titre de SmartCare dans un établissement médico-social, dans la division soins d'un home pour personnes âgées ou un service pour malades chroniques d'un hôpital pour soins aigus;
 - c) en cas de séjour prolongé de plus de trois mois dans un hôpital de soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de réadaptation;
 - d) lors de séjours à l'étranger de plus de trois mois des personnes assurées au titre de SmartCare;
 - e) si l'une ou les deux condition(s) d'utilisation selon l'art. 3.2 n'est(ne sont) plus remplie(s). Le blocage temporaire de plus de 30 jours ainsi que l'abolition u portail clients par Atupri en font également partie.
- 6.3 Le fait de quitter SmartCare entraîne automatiquement un passage à la forme d'assurance Standard. Après une exclusion, la nouvelle souscription d'une forme d'assurance avec choix restreint des fournisseurs de prestations n'est possible ni pendant l'année civile en cours, ni au cours de celle qui suit.
- 7 Exploitation et utilisation de l'application**
- 7.1 Le centre est responsable du bon fonctionnement de l'application.
- 7.2 Si l'utilisation de l'application n'est pas possible pour des raisons techniques (défaillance temporaire de l'application), il est possible de définir un processus de traitement conformément à l'article 1.1 par d'autres moyens de communication appropriés, p. ex. le téléphone.
- 7.3 Si l'utilisation de l'application n'est pas possible pour des raisons qui incombent aux personnes assurées au titre de SmartCare eux-mêmes, l'obtention d'une procédure de traitement selon l'art. 1.1 peut avoir lieu, pendant 30 jours au maximum, par d'autres moyens de communication appropriés. Les personnes assurées au titre de SmartCare concernés, à l'exception de ceux mentionnés à l'art. 3.4, doivent en informer Atupri au plus tard 10 jours après la suppression de la possibilité d'utilisation.
- 7.4 L'utilisation de l'application requiert l'approbation préalable des conditions d'utilisation de l'«app Atupri Medgate».
- III Primes et participations aux coûts**
- 8 Primes**
Les personnes assurées au titre de SmartCare profitent d'une réduction sur la prime de l'assurance de base. Le tarif correspondant de la prime en vigueur est déterminant.
- 9 Participations aux coûts**
- 9.1 Les téléconsultations médicales du centre sont facturées selon les tarifs et conventions LAMal en vigueur. Tous les autres conseils et prestations non médicales du centre ainsi que l'utilisation de l'application sont gratuits pour les personnes assurées au titre de SmartCare, sous réserve d'éventuels frais facturés par les fournisseurs de télécommunications.
- 9.2 La facturation de la franchise et de la participation aux coûts pour les prestations fournies aux personnes assurées au titre de SmartCare, y compris celles délivrées par le centre lui-même, ainsi que de la contribution aux coûts pour les séjours à l'hôpital a lieu conformément aux dispositions légales de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) ainsi qu'aux conditions d'assurance correspondantes d'Atupri.
- 9.3 L'assurance proposant des franchises à option au sens

des articles 18 à 20 des Conditions Générales d'Assurance (CGA) est également ouverte aux personnes assurées au titre de SmartCare.

IV Droits et obligations des personnes assurées au titre de SmartCare

10 Procédure de traitement et plan de traitement

- 10.1 Avant de solliciter des prestations ou des traitements médicaux qui ne sont pas déjà pris en compte dans un plan de traitement existant, les personnes assurées au titre de SmartCare utilisent toujours d'abord l'application, sous réserve des art. 7.2 et 7.3; il en résulte une procédure de traitement selon l'art. 1.1. Un plan de traitement est ensuite établi d'entente avec la personne assurée, soit par le biais du conseil prodigué par le centre, soit, dans le cas d'une consultation réelle chez un fournisseur de prestations, au moyen de l'application. Le plan de traitement comprend la durée probable du traitement, les mesures, les médicaments prescrits, les contrôles de suivi et, le cas échéant, les autres fournisseurs de prestations nécessaires, et répond ainsi au principe d'un traitement médical efficace et économique.
- 10.2 Le plan de traitement est contraignant pour les personnes assurées au titre de SmartCare, dans le sens où ces dernières sont tenues de ne consulter que les fournisseurs de prestations stipulés pour la durée de traitement définie.
- 10.3 Le choix des fournisseurs de prestations selon l'art. 35 LAMal (médecins, personnes exerçant sur prescription médicale, pharmacies, centres de remise de moyens auxiliaires, etc.) est limité afin de réaliser un traitement médical plus avantageux. Dans le cadre du plan de traitement convenu, les personnes assurées au titre de SmartCare sont également tenues de recourir aux programmes et prestations médicaux fournis par le centre ou par des prestataires mandatés par celui-ci, lorsque de tels programmes sont proposés.
- 10.4 Les éventuels transferts et conventions entre les fournisseurs de prestations actuels et la personne assurée, qui avaient été conclus avant le passage dans la forme d'assurance SmartCare, n'ont aucune validité et ne sont pas pris en considération.
- 10.5 Si une adaptation du plan de traitement s'avère nécessaire en cours de traitement eu égard à la durée et/ou aux fournisseurs de prestations, l'assuré SmartCare doit apporter les modifications dans l'application ou en informer le centre.
- 10.6 Les transferts en dehors du plan de traitement fixé doivent être signalés au préalable au centre.
- 10.7 Dans la mesure où une saisie dans le plan de traitement est possible, une prise de contact avec le centre doit avoir lieu après de transfert concernant des traitements du personnel paramédical, notamment des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des logopédistes qui fournissent des prestations sur mandat du médecin. Le transfert vers le personnel paramédical doit dans tous les cas avoir été ordonné par un médecin dans le cadre du plan de traitement convenu et de sa durée de validité.

- 10.8 Si l'application renvoie à une consultation réelle chez un fournisseur de prestations, la consultation du centre n'a plus de raison d'être.

11 Particularités et exceptions

- 11.1 Les traitements d'urgence doivent être notifiés au centre dès que possible, mais au plus tard dans les 20 jours.
- 11.2 Pour les examens gynécologiques et ophtalmologiques de prévention annuels, l'utilisation préalable de l'application pour établir un plan de traitement n'est pas nécessaire.
- 11.3 En cas d'admission dans un hôpital ou un établissement médico-social ou avant le début d'une cure balnéaire ou de convalescence, l'utilisation préalable de l'application pour établir un plan de traitement n'est pas nécessaire. En revanche, il convient d'en discuter au préalable avec le centre ou le médecin traitant et d'en obtenir l'autorisation.
- 11.4 La transmission de justificatifs de toute nature ainsi que le paiement des factures doivent se faire par voie électronique.

12 Obligation de signaler des accidents

Les personnes assurées au titre de SmartCare doivent informer le centre ou leur médecin traitant des accidents et de leurs traitements au plus tard dans les 30 jours suivant l'accident, même si ceux-ci sont couverts par une assurance-accidents.

13 Droit d'accès et traitement des données

Lors de la conclusion de SmartCare, les personnes assurées acceptent le principe de l'accès aux données et de leur traitement au sens de l'article 14.

V Autres dispositions

14 Protection des données

- 14.1 Atupri Assurance de la santé SA (Atupri), Zieglerstrasse 29, 3001 Berne, (e-mail rcg@atupri.ch), traite les données personnelles des personnes assurées au titre de SmartCare en tant que responsable de la protection des données aux fins de l'exécution de leurs tâches dans le cadre de l'assurance de base, conformément aux présentes dispositions et notamment aux fins de la prise en charge des coûts. Lors du traitement des données personnelles des personnes assurées au titre de SmartCare, Atupri est notamment soumise aux dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et de la loi fédérale sur la protection des données (LPD).
- 14.2 Seul l'exploitant de l'application est responsable de son exploitation. Les conditions d'utilisation de l'application contiennent des informations la concernant et concernant les traitements des données liés à l'application. Le centre et les autres fournisseurs de prestations sont responsables du traitement des données personnelles des personnes assurées au titre de SmartCare.
- 14.3 Afin d'identifier les personnes assurées, Atupri accor-

de au centre ou à un tiers autorisé par celui-ci un accès au numéro d'assuré, au nom, au prénom, à la date de naissance, au sexe et à l'adresse ainsi qu'à la couverture d'assurance correspondante des personnes assurées au titre de SmartCare. Le centre dispose en outre d'un droit de regard sur toutes les factures reçues afin de vérifier le respect du plan de traitement par les personnes assurées au titre de SmartCare. A cet effet, Atupri met les factures correspondantes à la disposition du centre sur demande. Les collaborateurs des fournisseurs de prestations ou du centre sont soumis à une obligation légale de confidentialité.

14.4 Le centre ou un tiers autorisé par celui-ci transmet à Atupri les données personnelles nécessaires à la fixation des prestations, telles que le début et la durée du plan de traitement, ainsi que la date de l'appel en cas de consultation par téléphone. Atupri peut demander au centre les renseignements nécessaires d'ordre médical, tels que les résultats d'examen ou les rapports médicaux, afin de vérifier son obligation de rembourser une prestation. Le cas échéant, Atupri informe préalablement l'assuré SmartCare. Sur demande de l'assuré SmartCare, les données médicales ne sont communiquées qu'au Médecin-conseil d'Atupri.

15 Conseil et responsabilité

15.1 En plus des frais de traitement ordinaires, les personnes assurées au titre de SmartCare doivent également payer les éventuels frais de téléphone ou d'Internet de leur fournisseur de télécommunications. Les conversations téléphoniques sont enregistrées par le centre et archivées.

15.2 Le centre assume la responsabilité de toutes les consultations et informations données par le biais de la télémédecine. Atupri décline toute responsabilité à cet égard.

15.3 Atupri n'est pas responsable de la disponibilité et de l'exploitation de l'application.