Favorit Telmed

Conditions spéciales (CS) pour les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations selon la LAMal

Édition 2026, valables à compter du 01.01.2026

SWICA

Conditions spéciales Favorit Telmed

Pour ces CS, les Conditions générales d'assurance régissant l'assurance des soins et l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal (CGA) sont applicables dans leur intégralité. En cas de contradictions, les CS priment sur les CGA.

I. Généralités

Art. 1 Conclusion de l'assurance, modification du modèle d'assurance et primes

1. Toute personne remplissant les conditions d'admission légales peut conclure ce modèle d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (forme particulière d'assurance). Demeurent réservées les dispositions légales particulières et le transfert en cas de faute contractuelle. Le cas échéant, les formes particulières d'assurance ne sont pas proposées dans toutes les régions.
2. Si les soins ne peuvent pas ou ne peuvent plus être dispensés dans le modèle d'assurance choisi par le fournisseur de prestations choisi pour des raisons qui dépendent de la personne assurée (p. ex. lors du transfert de la personne assurée dans un établissement médico-social ou d'un séjour temporaire à l'étranger), l'assureur est en droit de transférer la personne assurée dans l'assurance des soins ordinaire pour le début d'un mois civil, moyennant un délai de préavis de 30 jours.
3. En cas de déménagement hors de la zone d'application du modèle d'assurance choisi, l'assureur transfère la personne assurée dans l'assurance des soins ordinaire pour le début du mois suivant le changement de domicile. Le départ de la zone d'application du modèle d'assurance choisi doit être communiqué à l'assureur dans un délai d'un mois. Si le domicile est transféré dans la zone d'application d'un autre modèle d'assurance à choix limité, les personnes assurées ont le droit de maintenir leur assurance dans cet autre modèle à choix limité.
4. Si le modèle d'assurance choisi n'est plus proposé, la personne assurée est automatiquement transférée, à la date de la suppression de ce modèle et en maintenant la franchise choisie, dans un modèle d'assurance comparable impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations ou, à défaut, dans le modèle standard de l'assureur. La personne assurée peut également faire valoir son droit de résiliation selon l'art. 7 LAMal ou, en respectant le délai de préavis légal, opter pour un autre modèle d'assurance de l'assureur.
5. Des réductions de primes peuvent être accordées aux personnes assurées dans le cadre de formes particulières d'assurance.

Art. 2 Exceptions au choix limité des fournisseurs de prestations

Le libre choix des fournisseurs de prestations s'applique dans toutes les formes particulières d'assurance pour les traitements et examens suivants, sauf dispositions contraires dans les conditions spéciales correspondantes:

a) examens et traitements gynécologiques
b) consultations pédiatriques jusqu'à 18 ans révolus
c) examens oculaires exécutés par un spécialiste en ophtalmologie
d) séjours temporaires à l'étranger jusqu'à six mois
e) cas d'urgence

Dans le cas où des consultations de contrôle ou des traitements consécutifs s'avéreraient nécessaires par suite d'une consultation d'urgence, ceux-ci devront avoir lieu dans le cadre du choix limité des fournisseurs de prestations de la forme particulière d'assurance concernée.

Art. 3 Conséquences en cas de faute contractuelle

1. En cas de violation des obligations liées à la forme particulière d'assurance concernée, l'assureur peut réduire les prestations à 50 % de leur montant (après déduction des participations aux coûts légales).
2. En cas de faute contractuelle répétée, la personne assurée sera exclue de la forme particulière d'assurance pour le début du mois suivant la notification et transférée dans l'assurance des soins ordinaire.
3. Une réintégration dans une forme particulière d'assurance peut avoir lieu seulement douze mois après le transfert, pour le début de l'année civile suivante.

Art. 4 Mesures de soins intégrés et de Care Management

En cas de maladie spécifique (notamment de maladie chronique ou potentiellement chronique), la personne assurée est dans l'obligation de se soumettre à des mesures particulières de soins intégrés à la demande de l'assureur. Celles-ci peuvent s'inscrire par exemple dans le cadre d'un programme de «Disease Management», de «Chronic Care Management», de suivi par le Care Management de l'assureur ou inclure le choix de fournisseurs de prestations particuliers. Les programmes et les fournisseurs de prestations exécutants sont désignés par l'assureur. L'accord concernant la participation aux programmes de soins intégrés et de Care Management est convenu par écrit avec la personne assurée.

II. Champ d'application

Art. 5 But et parcours de soins

1. L'assurance des soins Favorit Telmed est une forme d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
2. La personne assurée Favorit Telmed se déclare disposée, avant tout traitement ou examen, à contacter en premier recours la consultation du cabinet médical en ligne santé24 ou à utiliser une application numérique d'examen des symptômes (ci-après «l'application SymptomCheck»).
3. L'assureur responsable est SWICA Assurance-maladie SA.
4. Favorit Telmed repose sur le principe du recours au conseil téléphonique de santé24 ou de l'utilisation d'une application SymptomCheck préalablement à la consultation d'un fournisseur de prestations. L'assureur prend en charge, au titre de Favorit Telmed, les prestations d'assurance légales pour les soins ou examens ambulatoires et stationnaires, dès lors qu'un conseil par santé24 a eu lieu ou que l'application SymptomCheck a été utilisée avant toute consultation d'un médecin ou à l'hôpital. La décision concernant la suite du parcours de soins revient à la personne assurée. Les traitements et examens doivent être réalisés par un fournisseur de prestations agréé (médecin, hôpital, pharmacie, etc.).
5. Lors de l'apparition d'un nouveau problème de santé ou d'un problème de santé survenant à nouveau après la fin d'un traitement ou d'un examen, la personne assurée doit toujours au préalable s'adresser à santé24 ou utiliser l'application SymptomCheck avant la première consultation chez le médecin ou à l'hôpital (exceptions, art. 2). Des clarifications téléphoniques peuvent également être effectuées par des tiers, au nom de la personne assurée, avec son accord exprès.
6. Si une consultation de contrôle s'avérait nécessaire suite à des soins d'urgence, celle-ci doit être discutée préalablement avec santé24.
7. Le transfert dans des hôpitaux ou des hôpitaux de jour doit être discuté préalablement, sauf dans les cas d'urgence, avec santé24.
8. En complément des exceptions mentionnées à l'art. 2, il n'est pas nécessaire d'appeler santé24 avant une consultation de contrôle ou des traitements de suivi consécutifs à un traitement pour lequel un entretien de conseil avec santé24 a déjà eu lieu au cours des six mois précédents.
9. En dérogation aux exceptions générales pour les enfants, l'obligation de recourir au conseil de santé24 ou d'utiliser l'application SymptomCheck s'applique également pour les consultations pédiatriques dès l'âge de 16 ans révolus.

Art. 6 Participation aux coûts

La participation aux coûts est régie par l'art. 20 des CGA et par les dispositions légales. Conformément aux informations relatives au modèle Favorit Telmed diffusées sur son site Internet, l'assureur peut renoncer totalement ou partiellement à la perception d'une participation aux coûts.

Art. 7 Protection des données

1. santé24 est l'un des prestataires de premier recours au sens de l'art. 5, chiffre 2 des présentes CS. santé24 peut être contacté par téléphone, ou par écrit au moyen du canal en ligne mis à disposition. La personne assurée est libre de suivre ou non les éventuelles recommandations de santé24.
   En concluant le modèle d'assurance Favorit Telmed, la personne assurée déclare accepter que santé24 puisse consulter les données nécessaires pour ce modèle d'assurance concernant le diagnostic, le traitement et la facturation de ses soins médicaux. Cette forme d'assurance implique en outre un échange de données entre santé24, l'assureur et d'éventuels tiers dont l'implication est nécessaire pour fournir les prestations. Il s'agit de données concernant les données de facturation de la personne assurée. Ces données seront communiquées notamment aux spécialistes, hôpitaux et autres personnes et institutions impliquées dans le cadre de la fourniture de prestations médicales et organisationnelles à des fins d'exécution du contrat d'assurance. Les conseils dispensés par santé24 sont gratuits. La personne assurée paie son appel selon le tarif téléphonique usuel. Les informations que la personne assurée transmet par voie électronique ainsi que les entretiens téléphoniques sont enregistrés et archivés par santé24 conformément aux prescriptions légales applicables en matière de protection des données. En cas de litige, ces informations et enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuve. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par la personne assurée, l'assureur n'a aucun accès à ces données.
2. L'application SymptomCheck, une offre du cabinet médical en ligne santé24, est l'un des prestataires de premier recours au sens de l'art. 5, chiffre 2 des présentes CS. L'application fournit des recommandations pour la procédure à suivre en cas de problèmes de santé. Dans l'application SymptomCheck, la personne assurée doit répondre aux questions concernant son état de santé, puis valider l'envoi des données à santé24. La personne assurée est libre de suivre ou non les recommandations qui lui sont communiquées par l'application SymptomCheck ou, dans le cadre d'un conseil subséquent, par santé24. Aucune donnée n'est transmise à santé24 sans le consentement de la personne assurée. Si la personne assurée décide de s'opposer à une transmission des données dans l'application, elle est alors tenue, afin de respecter le parcours de soins du modèle d'assurance, de contacter en plus santé24 par téléphone ou par le canal numérique. L'utilisation de l'application SymptomCheck est gratuite.
   Pour pouvoir utiliser l'application SymptomCheck, la personne assurée doit l'installer sur un terminal mobile compatible (p. ex. un smartphone). Lors de l'enregistrement, la personne assurée doit saisir ses données de base, notamment à des fins d'identification dans l'application et d'identification ultérieure par santé24. Sur la base de ces données, un compte utilisateur est créé dans l'application SymptomCheck. Pour la première configuration de l'application SymptomCheck, la personne assurée peut demander à SWICA les données nécessaires. Dans le cadre de l'utilisation de l'application SymptomCheck, seules sont collectées les données que la personne assurée saisit elle-même dans l'application. Afin que l'application SymptomCheck puisse émettre des recommandations pour la suite du parcours de soins, la personne assurée doit fournir des données aussi détaillées que possible concernant son état de santé et les troubles dont elle est atteinte. Dans ce contexte, des données sensibles peuvent être collectées, notamment des données sur la santé et des données sur la sphère intime.
   Des informations complémentaires sur le traitement des données sont disponibles dans les conditions d'utilisation et dispositions de protection des données de l'application SymptomCheck.

017f / online / 1.2026