

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins modèle FeminaVita

Edition 01.2026

Titre premier - Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle FeminaVita est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle FeminaVita est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

En souscrivant au modèle FeminaVita, l'assuré accepte, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, de consulter, en premier recours, un des premiers points de contacts de son choix suivants :

- le Centre de télémédecine, ou
- son Médecin de famille.

Titre 2 - Les formes d'assurance

Chapitre 1 - L'assurance obligatoire des soins

Article 1- Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 - La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 - La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 - La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année civile, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 - Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Chapitre 2 - L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 6 - Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 - Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 - Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 - L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 - Le modèle FeminaVita

Art. 10 – Principes du modèle

En souscrivant au modèle FeminaVita, l'assuré **accepte**, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, **de s'adresser, en premier recours, à l'un des contacts de premier recours listés à l'art. 12.**

Article 11 – Les différents intervenants

11.1 Centre de télémédecine

Par Centre de télémédecine au sens des présentes conditions on entend : une société experte en médecine à distance désignée par Assura comme contact de premier recours et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura.

11.2 Médecin de famille

11.2.1 Par Médecin de famille au sens des présentes conditions on entend : tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont l'assuré aura préalablement communiqué les coordonnées à Assura.

11.2.2 Le changement de Médecin de famille doit être communiqué par l'assuré à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin de famille.

11.3 Spécialiste

Par spécialiste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), ainsi que les hôpitaux et cliniques dans lesquels il exerce.

Article 12 – Obligations de l'assuré

12.1 Principes de l'assurance

Avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, l'assuré, ou son représentant légal, s'engage, en cas de problème de santé, à s'adresser à l'un des contacts de premier recours de son choix suivants :

- le Centre de télémédecine, ou
- son Médecin de famille.

12.2 Centre de télémédecine

12.2.1 Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré une consultation médicale et l'oriente, si nécessaire, vers un autre fournisseur de prestations.

12.2.2 Après consultation du Centre de télémédecine, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste durant le laps de temps fixé par le Centre de télémédecine. **Si, pour ce problème de santé, la durée du traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé, il doit s'adresser une nouvelle fois au Centre de télémédecine.**

12.2.3 La consultation fournie par le Centre de télémédecine, à titre de contact de premier recours, n'est pas facturée à l'assuré.

12.3 Médecin de famille

Le Médecin de famille décide s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un autre fournisseur de prestations ou à un spécialiste. Dans ce dernier cas, l'assuré s'engage à obtenir de son Médecin de famille un avis de délégation dûment complété, daté et signé et à le transmettre au plus vite à Assura. Après consultation de son médecin de famille, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste.

12.4 Exceptions

12.4.1 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie ne sont pas soumises aux obligations de l'art. 12.

12.4.2 En cas d'urgence établie survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré n'est pas soumis aux obligations de l'art 12.

12.4.3 Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

Article 13 – Recommandations médicales et prestations sans franchise

13.1 Recommandations médicales

13.1.1 L'assuré accepte que les contacts de premier recours listés à l'art. 12 ou les éventuels autres fournisseurs de prestations impliqués lui fournissent des recommandations médicales dans un but de promotion de la santé et de prévention.

13.1.2 Ces recommandations peuvent intervenir de manière ponctuelle, sur la base de critères médicaux définis par les contacts de premier recours listés à l'art. 12 ou les éventuels autres fournisseurs de prestation impliqués.



13.1.3 L'assuré n'a pas l'obligation de suivre ces recommandations.

13.2 Prestations sans franchise

Assura peut décider de renoncer au prélèvement de la franchise sur certaines prestations énumérées sur une liste disponible sur le site internet d'Assura et aux conditions de cette dernière. Cette liste peut être modifiée par Assura au début de chaque année civile.

Article 14 – Sanctions

En cas de violation par l'assuré des obligations découlant de l'art. 12 ci-dessus, Assura lui adresse un rappel. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 15 - Entrée dans le modèle FeminaVita

15.1 Le modèle FeminaVita peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans une région de primes où Assura pratique ce modèle.

15.2 Un assuré domicilié dans les régions de primes où Assura pratique le modèle FeminaVita, au bénéfice du modèle Basis (assurance obligatoire des soins), peut en tout temps adhérer au modèle FeminaVita, pour le premier jour du mois suivant.

Article 16 - Sortie du modèle FeminaVita

16.1 Assura peut supprimer ou modifier le modèle FeminaVita pour la fin d'une année civile. En cas de suppression, l'assuré sera alors transféré au 1^{er} janvier de l'année suivante dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans le modèle d'assurance de son choix. Demeure réservé le droit de l'assuré de démissionner aux conditions prévues à l'article 7 LAMal.

16.2 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes où le modèle FeminaVita n'est pas proposé par Assura il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura.

16.3 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

Article 17 - Protection des données

17.1 Principe

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires notamment pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

17.2 Données communiquées au Centre de télémédecine

Assura transmet régulièrement au Centre de télémédecine une liste actualisée des assurés qui ont souscrit au modèle d'assurance FeminaVita, et ce, indépendamment de la survenance d'un cas d'assurance. Cette transmission a pour but de permettre la vérification de la couverture d'assurance par le Centre de télémédecine. Seules les données servant à l'identification de l'assuré et à la détermination de sa couverture d'assurance sont communiquées, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission de ces données peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.3 Échanges de données lors de la survenance d'un cas d'assurance

17.3.1 En concluant le modèle FeminaVita, l'assuré autorise des échanges de données entre le Centre de télémédecine et Assura, le Médecin de famille ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués et Assura. Ces échanges de données doivent être strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle FeminaVita, ceci dans le respect des règles en matière de protection des données.

17.3.2 L'assuré autorise également le Centre de télémédecine, et le Médecin de famille, à échanger les informations médicales nécessaires avec le spécialiste ou le fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

17.3.3 Afin de vérifier si l'assuré respecte les conditions d'assurance du modèle FeminaVita, le Centre de télémédecine transmet à Assura les données nécessaires pour une telle vérification.

17.3.4 Les entretiens téléphoniques sont enregistrés et archivés par le Centre de télémédecine. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et présentés devant les instances du tribunal en cas de nécessité. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

17.3.5 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura, le Centre de télémédecine, le Médecin de famille, ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

Article 18 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

Titre 3 - L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Assura-Basis SA