

Conditions particulières de l'assurance PrimaFlex

RX

RXGM01-F3 – édition 01.04.2025

Table des matières

Art. 1	Modèle d'assurance	Art. 8	Parcours de soins et prestations sans franchise ou quote-part
Art. 2	Affiliation	Art. 9	Traitement des données
Art. 3	Résiliation	Art. 10	Primes
Art. 4	Principes de l'assurance	Art. 11	Retrait ou modification du modèle d'assurance
Art. 5	Devoirs de la personne assurée	Art. 12	Entrée en vigueur
Art. 6	Dérogations aux principes de l'assurance		
Art. 7	Non-respect des devoirs de la personne assurée		

Les présentes conditions particulières d'assurance sont édictées en complément aux dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (CGA) dont la date d'édition est mentionnée sur le certificat d'assurance.

Art. 1 Modèle d'assurance

L'assurance PrimaFlex est une forme particulière d'assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations au sens des articles 41 alinéa 4 et 62 LAMal ainsi que des articles 99 à 101a OAMal.

Art. 2 Affiliation

1. Toute personne domiciliée dans les régions où l'assureur pratique l'assurance PrimaFlex peut y adhérer.
2. Sous réserve de toute disposition contraire prévue dans les présentes conditions, l'affiliation est possible en tout temps si aucun délai légal pour le changement de modèle d'assurance ne s'y oppose.

Art. 3 Résiliation

Le passage à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'article 7 alinéas 1 et 2 LAMal.

Art. 4 Principes de l'assurance

1. L'assurance PrimaFlex est fondée sur le principe du choix multiple de premiers points de contact.
2. Lors de chaque problème de santé, la personne assurée doit recourir en premier lieu à l'un des premiers points de contact partenaires suivants dont la liste figure sur le site internet www.groupe-mutuel.ch :
 - a. **Une pharmacie partenaire**
La pharmacie fournit des conseils préalables à une consultation médicale (ci-après «**entretien de conseil**»). Ces conseils sont limités au domaine qui relève des compétences usuelles du personnel des pharmacies. Le personnel des pharmacies effectue l'entretien de conseil et oriente si nécessaire, après validation par le pharmacien, la personne assurée vers un autre fournisseur de prestations médicales. Ce service n'est

pas facturé aux personnes assurées.

b. Un partenaire de télémédecine

Le premier point de contact partenaire peut être un centre de télémédecine ou une solution numérique de santé. Celui-ci fournit des entretiens de conseils préalables à une consultation médicale (ci-après «**entretien de conseil**») et oriente si nécessaire la personne assurée vers un autre fournisseur de prestations médicales. Ce service n'est pas facturé aux personnes assurées.

3. Si elle le souhaite, la personne assurée peut communiquer à l'assureur les coordonnées d'un médecin (ci-après «**médecin de famille**»). Elle n'a pas l'obligation de consulter son médecin de famille mais lorsqu'elle souhaite le consulter, elle est libérée du devoir de s'adresser à un premier point de contact partenaire au préalable. Le médecin de famille peut être une personne physique ou un cabinet de groupe librement choisi parmi tous les médecins autorisés à exercer leur activité en Suisse en vertu de la LAMal.

Art. 5 Devoirs de la personne assurée

1. En cas de problème de santé, la personne assurée s'engage à recourir en premier lieu à l'un des premiers points de contact partenaires et à participer activement à l'entretien de conseil.
2. Un entretien de conseil (pharmacie ou télémédecine) aboutit à une recommandation de traitement. Dans ce cas-là, la personne assurée reste libre d'effectuer les démarches médicales de son choix durant la période de traitement définie par le premier point de contact partenaire.
3. Si la personne assurée a choisi un médecin de famille, elle est libérée, lorsqu'elle souhaite le consulter, du devoir mentionné à l'alinéa 1 ci-dessus. Si, suite à cette consultation, un autre médecin ou fournisseur de prestations doit être consulté, la personne assurée doit

faire parvenir à l'assureur une attestation (bon de délégation) afin de confirmer que cela a été ordonné par son médecin de famille. Tout changement de médecin de famille doit être communiqué à l'assureur par la personne assurée avant la première consultation chez ce nouveau médecin de famille. L'assureur se réserve également le droit de choisir unilatéralement comme médecin de famille de la personne assurée le médecin qu'elle a le plus consulté.

4. Si la personne assurée consulte un autre médecin que son médecin de famille, les contrôles ou traitements délégués par cet autre médecin doivent faire l'objet d'une attestation (bon de délégation) signée par lui.

Art. 6 Dérogations aux principes de l'assurance

La personne assurée est libérée des devoirs mentionnés à l'article 5 des présentes conditions particulières :

- en cas d'accident ou en cas d'urgence
Il y a urgence lorsque l'état de la personne assurée est jugé, par elle-même ou par un tiers, comme pouvant mettre sa vie en danger ou comme devant faire l'objet d'un traitement immédiat ;
- pour les contrôles et traitements gynécologiques ;
- pour les contrôles et traitements liés à la grossesse et à l'accouchement ;
- pour les contrôles et traitements ophtalmologiques ;
- pour les contrôles et traitements pédiatriques ;
- pour les traitements dentaires ;
- pour le suivi d'une maladie chronique, sous réserve que la personne assurée fasse parvenir à l'assureur une attestation unique signée par un médecin.

Art. 7 Non-respect des devoirs de la personne assurée

1. Après deux rappels au cours d'une année civile pour manquements de la personne assurée à ses devoirs mentionnés à l'article 5 des présentes conditions particulières, l'assureur a le droit d'exclure la personne assurée de l'assurance PrimaFlex pour la fin d'un mois moyennant un préavis de 30 jours. La personne assurée est alors transférée dans le modèle d'assurance obligatoire des soins avec libre choix des fournisseurs de prestations (modèle standard) tout en conservant la même franchise. Dans ce cas, la prime est adaptée en conséquence.
2. En cas d'exclusion au sens du présent article, une réadmission dans une assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible au plus tôt pour le 1er janvier de l'année civile suivante.

Art. 8 Parcours de soins et prestations sans franchise ou quote-part

1. La personne assurée accepte que l'assureur, les premiers points de contact partenaires ou les tiers mandatés par eux, lui proposent des recommandations au sujet de la prévention et de la promotion de la santé (ci-après «parcours de soins»).

2. Ces parcours de soins sont proposés ponctuellement aux personnes assurées selon des critères définis par des professionnels de la santé. Il n'y a pas d'obligation pour les personnes assurées d'effectuer ces parcours de soins.
3. L'assureur peut renoncer au prélèvement de la franchise ou de la quote-part sur certaines prestations dont la liste figure sur le site internet www.groupemutuel.ch.

Art. 9 Traitement des données

1. Les données personnelles de la personne assurée sont traitées dans les conditions décrites dans les dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, ainsi que dans la Politique de confidentialité du Groupe Mutuel disponible sur le site internet www.groupemutuel.ch.
2. Il est également précisé qu'afin d'identifier la personne assurée, l'assureur met à disposition des premiers points de contact partenaires les données administratives suivantes : nom, prénom, numéro d'assuré, date de naissance, sexe, adresse et couverture d'assurance. Les pharmacies identifient la personne assurée grâce à ces mêmes données contenues dans sa carte d'assuré.
3. De plus, afin d'évaluer le respect des devoirs de la personne assurée stipulés à l'article 5 des présentes conditions particulières, les premiers points de contact partenaires transmettent à l'assureur les données nécessaires telles que date et heure de la consultation, type de recommandation de traitement, catégorie de fournisseur de prestations recommandé, période de traitement.
4. En cas de réclamation de la personne assurée, l'assureur, les premiers points de contact partenaires et les tiers mandatés par eux peuvent s'échanger des informations au sujet de la personne assurée, notamment le contenu des consultations ; ces informations peuvent contenir des données sensibles.

Art. 10 Primes

Dans le cadre de l'assurance PrimaFlex, une réduction de prime peut être accordée par rapport à la prime de l'assurance des soins ordinaire ou avec franchise à option.

Art. 11 Retrait ou modification du modèle d'assurance

1. L'assureur peut modifier ou retirer l'assurance PrimaFlex en tout temps.
2. En cas de retrait de l'assurance, la personne assurée est transférée dans un modèle d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations le plus similaire possible ou, à défaut, dans le modèle standard de l'assurance obligatoire des soins tout en conservant la même franchise.

Art. 12 Entrée en vigueur

Les présentes conditions particulières d'assurance entrent en vigueur le 1er avril 2025.