

## Sanitas - Compact-One

Nom du Groupe	Sanitas
Edition des CGA	01.01.2026

Peu restrictif : ✓ Restriction modérée : !! Très restrictif : ⚠

### Synthèse

Modèle téléphonique très contraignant, plan de traitement contraignant défini par centre de télémédecine. Possibilité de devoir suivre des mesures de soins intégrés. Assureur peut renoncer à la participation au coût pour certaines prestations (liste). Sanctions légères après deux rappels.

### Les prestataires

#### 1<sup>er</sup> point de contact

- Possibilités	Centre de télémédecine.	⚠
- Spécificités	Défini le plan de traitement (contraignant).	

#### Médecin de premier recours

- Choix	Défini par le centre de télémédecine.	⚠
---------	---------------------------------------	---

#### Spécialistes

- Choix/validation	Défini par le centre de télémédecine.	⚠
- Gynécologue	Libre pour examens gynécologiques préventifs et lors d'une maternité (y.c. accouchement).	!!
- Ophtalmologue	Libre pour examen de la vue périodique.	⚠
- Pédiatre	Libre pour traitement pédiatrique enfant jusqu'à 7 ans.	!!

#### Pharmacie

- Choix	Si besoin de médicaments, moyens auxiliaires ou prestations de laboratoire, assureur ou centre de télémédecine peut définir le fournisseur de prestation.	!!
- Médicaments	Pas de restriction mentionnée.	✓



#### Hôpital

- Choix/validation	Obligation de prendre contact avec centre de télémédecine avant prise de rdv à l'hôpital.	⚠
- Urgence	Vie en danger ou besoin d'un traitement immédiat. S'adresser au préalable au centre de télémédecine. Si pas possible ou raisonnable, traitement d'urgence doit être signalé au plus tard dans les 14 jours. Contrôles et orientation vers d'autres fournisseurs de prestations doivent être convenus avec le centre de télémédecine.	⚠



#### Modification listes

	Prestataire défini par Medgate.	⚠
--	---------------------------------	---

### Autres particularités

<b>Autre restriction</b>	Assuré doit limiter le recours aux prestations à ce qui est médicalement nécessaire, contribuer de sa propre initiative à favoriser la guérison. Si laps de temps initialement défini pour traitement insuffisant, obligation de recontacter centre de télémédecine avant la fin du délai. Assureur peut exiger que la correspondance soit traitée via le portail numérique. Si maladie spécifique, assuré peut être obligé de suivre des mesures spéciales de soins intégrés.	
<b>Autre exemption</b>	Pas d'obligation de contact préalable avec le centre de télémédecine pour les vaccins et les traitements dentaires. Pour certaines prestations assureur peut renoncer à la participation aux coûts.	

### Les sanctions

<b>Avertissement</b>	Deux rappels écrits indiquant les sanctions encourues en cas de récidive.	
<b>Sanctions</b>	Sanction légère: à la 3ème infraction, transfert dans l'AOS après une communication écrite de l'assurance. Un nouveau passage au modèle n'est plus possible avant 2 ans.	

### Situations de changement du modèle

Modification/suppression du modèle : transfert dans l'AOS ou choix autre modèle alternatif ou assuré demande transfert dans autre modèle.

Soins plus possible par ce modèle : transfert dans l'AOS.

### Acronymes et précisions

Les fiches sont basées sur les conditions générales des assureurs (CGA). Si une information se trouve sur le site de l'assureur mais pas dans les CGA, elle n'est pas indiquée dans la fiche, sauf exception mentionnée. **Seule la version officielle des CGA disponible sur le site de l'assureur fait foi.**

#### Clarification de certains termes

MPR: médecin de premier recours, ce terme est utilisé pour désigner le premier médecin physique que voit l'assuré. Il s'agit en général d'un médecin de famille (généraliste).

«Non spécifié»: cela indique que cette information ne se trouve pas dans les CGA de l'assureur. A priori, si rien n'est spécifié par rapport à un point, cela signifie que qu'il n'y a pas de restriction et/ou dérogation particulière. Ex : gynécologue non spécifié → il n'y pas de solution particulière pour le choix du gynécologue par rapport au choix des autres spécialistes.

AOS: assurance obligatoire des soins, modèle de base sans restriction.

Médicaments génériques: la quote-part sur les médicaments est de 10% (rappel: la quote-part est due une fois la franchise atteinte, max. 700 fr. pour les adultes et 350 fr. pour les enfants). De par la loi, la quote-part peut être de 40% si l'assuré prend une prescription originale sans raison médicale. Si des raisons médicales justifient la prise d'une prescription originale (présentation d'un certificat nécessaire) la quote-part reste de 10%. (*nota bene*: si dans le tableau il est indiqué «pas de restriction mentionnée» par rapport au choix des médicaments, c'est le système légal qui s'applique, ce qui signifie qu'une quote-part de 40% est possible pour les prescriptions originales prises sans raison médicale).

Évaluations: le caractère peu restrictif (✓), modéré (II) ou très restrictif (⚠) d'un point est déterminé par rapport aux possibilités de choix qui s'offrent à l'assuré ou à son caractère contraignant ou non. Cela ne préjuge en rien du fait qu'il s'agisse d'un point positif ou négatif, cela dépendant du profil et des souhaits de chacun. Par exemple la sanction «transfert dans l'AOS» est indiquée comme peu restrictive car c'est la solution *in fine* prévue par tous les assureurs.

Lien CGA: [https://www.sanitas.com/content/dam/sanitas-internet/Dokumente/6009\\_Sanitas\\_AVB\\_KVG\\_fr.pdf](https://www.sanitas.com/content/dam/sanitas-internet/Dokumente/6009_Sanitas_AVB_KVG_fr.pdf)

Lien Descriptif: [https://www.sanitas.com/content/dam/sanitas-internet/Dokumente/Produktblatt\\_Grundversicherungsmodelle\\_9039\\_fr.pdf](https://www.sanitas.com/content/dam/sanitas-internet/Dokumente/Produktblatt_Grundversicherungsmodelle_9039_fr.pdf)