

## Sanitas - MultiAccess

Nom du Groupe	Sanitas
Edition des CGA	01.01.2026

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

Synthèse	Modèle choix MPR ou cabinet de groupe comme 1er point de contact. Plan de traitement contraignant. 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	Médecin de famille (ci-après MPR) ou cabinet de groupe ou centre de télémédecine ou pharmacie partenaire.	✓
- Spécificités	Effectue lui-même le traitement ou adresse assuré à autre prestataire.	
Médecin de premier recours		
- Choix	MPR ou cabinet de groupe au choix de l'assuré, sur liste.	!!
Spécialistes		
- Choix/validation	Selon le plan de traitement définit avec le 1er point de contact.	⚠
- Gynécologue	Libre pour les traitements gynécologiques et examens lors de maternité (y.c.accouchement).	✓
- Ophtalmologue	Libre pour examen de la vue périodique.	⚠
- Pédiatre	Libre pour traitement pédiatrique enfant jusqu'à 7 ans.	!!
Pharmacie		
- Choix	Pas de restriction mentionnée.	✓
- Médicaments	Pas de restriction mentionnée.	✓
Hôpital		
- Choix/validation	Selon le plan de traitement définit avec le 1er point de contact.	⚠
- Urgence	Vie en danger ou besoin d'un traitement immédiat. Consultation 1er point de contact pas nécessaire. Contrôles ultérieurs et orientation vers d'autres fournisseurs doivent être convenus avec 1er point de contact.	!!
Modification listes		
	Non spécifié.	!!

<b>Autre restriction</b>	Assuré doit suivre le plan de traitement défini par 1ère consultation. Toute modification du plan de traitement doit être ordonnée ou autorisée par le 1er point de contact. En cas de maladie spécifique, assuré peut être tenu de se soumettre à des mesures spéciales de soins intégrés. Assureur peut obliger assuré à traiter toute la correspondance de manière numérique via le portail ou par mail, assuré peut informer assureur de vouloir continuer correspondance postale.	⚠
<b>Autre exemption</b>	Pas d'obligation de recours préalable au 1er point de contact pour les vaccinations et traitements dentaires. Assureur peut renoncer à la participation aux coûts pour certaines prestations (sur liste). Assuré peut changer de MPR ou cabinet de groupe pour le mois suivant, délai d'annonce de 30 jours, au plus tard avant 1ère consultation.	✓

**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**

Déménagement hors zone : transfert dans l'AOS.

1er point de contact change de réseau : assuré peut changer de modèle, à défaut transfert dans l'AOS.

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 (!!) 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)