

Assura - MediTel

Nom du Groupe	Assura
Edition des CGA	1/1/2027

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

Synthèse

Modèle de télémédecine très contraignant où l'assuré doit systématiquement reprendre contact avec le centre de télémédecine si un médecin propose une modification du traitement (aval du centre de télémédecine nécessaire). Assuré n'a pas la garantie de pouvoir librement choisir son médecin et doit se rendre dans des pharmacies agréées pour le modèle. Sanction sévères

Les prestataires

1^{er} point de contact

- Possibilités	Centre de télémédecine.	⚠
- Spécificités	Le centre de télémédecine coordonne le plan de traitement et s'occupe du suivi (contraignant). Il donne des conseils médicaux ou effectue une consultation à distance. Il définit le traitement approprié et le laps de temps dans lequel il doit être effectué. Si nécessaire il renvoie l'assuré chez un généraliste ou un autre prestataire de soins.	

Médecin de premier recours

- Choix	Choix libre ou déterminer par le centre de télémédecine si indisponible.	//
---------	--	----

Spécialistes

- Choix/validation	Défini par le centre de télémédecine qui peut recourir à un centre d'expertise indépendant.	⚠
- Gynécologue	Libre pour prestation ambulatoires.	✓
- Ophtalmologue	Libre pour prestation ambulatoires.	✓
- Pédiatre	Libre pour prestation ambulatoires.	✓

Pharmacie

- Choix	Pharmacie agréée pour le modèle (liste).	//
- Médicaments	Assuré s'engage à recourir à des génériques ou biosimilaires s'ils sont proposés.	//

Hôpital

- Choix/validation	Défini par le centre de télémédecine qui peut recourir à un centre d'expertise indépendant.	⚠
- Urgence	Vie en danger ou nécessité d'un traitement immédiat. Pas de recours préalable au centre de télémédecine. Dès qu'il n'y a plus d'urgence, l'assuré doit respecter les conditions sur le parcours de soin.	//

Modification listes

	Non spécifié.	//
--	---------------	----

Autre restriction	Si dépassement du laps de temps défini par le centre de télémédecine, assuré doit reprendre contact avec le centre de télémédecine. Si un médecin estime que le plan de traitement doit être modifié ou si le laps de temps n'est pas suffisant, l'assuré doit s'adresser au centre de télémédecine qui définit si une prolongation ou une modification est judicieuse. Le centre de télémédecine ou un autre fournisseur de soins peut émettre des recommandations médicales dans un but de promotion de la santé et de prévention, pas claire si contraignant ou non. Assuré s'engage à répondre à des questions dans le contexte de contrôle de facturation (ex: durée de la consultation) et à les consigner via les supports digitaux.	⚠
Autre exemption	-	!!

Les sanctions

Avertissement	Sanction immédiate et un rappel.	⚠
Sanctions	Si assuré contrevient aux obligations en cas de recours à un centre d'expertise, prise en charge des frais refusée (assuré peut demander un transfert rétroactif au 1er janvier avec adaptation de la prime). En cas d'autre violation, non prise en charge des coûts après un rappel. Si l'assuré ne participe pas au contrôle des factures, transfert dans l'AOS après un rappel.	⚠

Situations de changement du modèle

Déménagement hors de la zone : transfert dans l'AOS sauf demande de transfert dans autre modèle.
Admission EMS, Incarcération et autre situations similaires : possible demander transfert dans 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

«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 ⚠) 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.

Lien CGA:

Lien Descriptif:

Lien liste(s) : /