

Information à la clientèle et condition générale sur le fonctionnement interne au sein de 1.centre.s.o.s association

Adresse siège : Chez M Seulin, rue centrale, CP 9, 1884 Villars/Ollon, Suisse

1.centre.s.o.s@gmail.com

+41(0)78 918 56 00

Lors de chaque séance (soin, traitement, entraînement ou encadrement) au sein de 1.CENTRE.S.O.S association, vous devenez un membre de santé momentané. Le **membre de santé momentané** est défini comme : un membre passif pour la durée de la séance (soin, traitement ou entraînement) dans la même journée et qui ne bénéficie pas du droit de vote au sein de l'association.

1.CENTRE.S.O.S association et ses thérapeutes vous informent que les thérapies alternatives ne sont pas toutes prises en charge par les assurances ou les associations (RME, ASCA ou NVS). Avant chaque séance, j'ai été informé, j'ai bien compris et j'accepte l'entière responsabilité de m'informer auprès de mon assurance pour déterminer si je serai ou non remboursé. On m'a en particulier instruit de me renseigner auprès de mon assureur avant le début du traitement pour savoir si celui-ci serait pris en charge. En cas de non-remboursement de la part de mon assurance, je comprends que le cabinet (l'association 1.CENTRE.S.O.S ou le thérapeute) n'est en aucun cas responsable de cette situation.

Je suis responsable d'aller consulter un médecin en cas d'urgence, comme première intension. En cas d'urgence, si le thérapeute me réoriente vers les urgences médicales ou un médecin, j'accepte de payer la prestation qui me sera facturée selon le tarif en vigueur. Le/la thérapeute m'a informé des possibilités et des limites des méthodes de traitement appliquées, ainsi que des risques et effets secondaires possibles.

Nous avons défini ensemble un objectif et un plan de traitement. Aucune promesse de guérison ne m'a été faite. J'ai été instruit(e) de ne jamais interrompre un traitement de médecine classique sans l'accord préalable de mon médecin. La présence du représentant légal ou d'un parent est obligatoire pour les mineurs lors de chaque séance. En cas de non-respect de cette règle, la séance vous sera facturée, bien que la prise en charge n'aura pas lieu.

- Veuillez prévoir d'arriver 15 minutes avant votre premier rendez-vous pour finaliser la prise en charge administrative de votre dossier.

- En cas d'annulation ou de modification d'un rendez-vous pris oralement ou par écrit, nous vous remercions d'observer un délai minimum de 48 heures en tout temps (y compris en situation particulière : covid ou autre). En dessous de ce délai, les frais de la consultation vous seront exigés. Tout retard de votre part à l'heure du rendez-vous ne sera pas indemnisé et ce rendez-vous pourra m'être facturé. J'ai été informé(e) des coûts du traitement, des prestations de l'assurance, des garanties de prise en charge des coûts et des modalités de paiement.

- De plus, lors d'une prise en charge conventionnée (LAMAL, LAA, etc., pour des prestations telles que la physiothérapie), une prescription médicale doit être présentée lors de la première séance si vous désirez bénéficier de ce type de thérapie. Dans le cas contraire, la séance est facturée hors convention et ne bénéficie d'aucune garantie de remboursement de la part de votre assurance. Le thérapeute ne fait pas la demande de prescription médicale pour le client auprès du médecin. En cas d'accident, il doit être indiqué sur chaque ordonnance si elle concerne l'accident ou autre. La présentation d'une couverture d'assurance à jour est obligatoire (LAMAL ou accident). Le thérapeute ou l'organisme n'est pas responsable du suivi administratif si des informations ne sont pas transmises dès le début de la prise en charge et mises à jour par le client en cas de changement.

- Pour toutes les prestations, le client doit payer/régler la séance au thérapeute en espèces comptant à la fin de la consultation. Une quittance/facture sera transmise à des fins d'assurance pour le traitement reçu durant le mois. Elle sera envoyée par courriel non crypté en fin de mois (ou selon l'évolution des systèmes de communication). Le client doit faire lui-même la démarche de remboursement auprès de son assurance. En cas de retard de paiement de la part du client ou de son assurance, le thérapeute se réserve le droit de suspendre les prochains traitements jusqu'au paiement de la consultation, ou d'arrêter la prise en charge du patient et de le mettre ce dernier aux poursuites judiciaires en cas de non-paiement dans un délai de 30 jours. Comme mentionné sur la facture/quittance, des frais de rappel de 10 CHF par jour de retard de paiement seront ajoutés si le délai de paiement dépasse 30 jours à compter de l'envoi/de la réception de la facture. En cas de non-paiement, le médecin prescripteur sera avisé et décidera de la pertinence d'une nouvelle prescription.

- En réponse à la loi sur la protection des données, je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à l'assurance (LAMAL, LAA, LCA ou autres), à la société éventuellement chargée du recouvrement ainsi qu'aux instances officielles compétentes (offices de poursuites, juges de paix, tribunaux) les indications requises pour l'établissement de la facture. Il va sans dire que vous ne livrez aucune donnée susceptible de fournir des informations sur mon traitement médical à ces instances. Mon prestataire est autorisé à demander ou à transmettre mon dossier médical dans mon intérêt. J'accepte également que mon dossier médical soit également tenu sous une forme informatisée/électronique, indépendamment du support employé. Je suis informé que l'association a pour but le développement des connaissances et la réalisation d'études scientifiques. En cas d'étude scientifique, mes données clients/membres seront analysées selon les normes d'anonymisation ou de pseudonymisation. J'accepte également la présence de stagiaires ou d'apprenants à des fins de formation.

- Lorsque le client ou son assurance demande que l'on complète un questionnaire ou un formulaire, l'accord écrit et signé du client est obligatoire. Le thérapeute complètera alors le document. Ce temps passé à compléter les documents est facturé en sus de la prestation de suivi. Il sera facturé au client selon les tarifs annoncés par le 1.CENTRE.S.O.S et devra être payé avant l'envoi du rapport à l'assurance. Le client est responsable du remboursement du rapport ou du formulaire par son assurance.

- L'ensemble de la prestation et de l'information de transmission se déroulent lors de la séance. Toute communication avec le client concernant la prise en charge (information sur le compte rendu de la séance et l'échange d'informations en lien avec celle-ci) sera à la charge du client si elle a lieu en dehors du temps attribué à la séance. Toutes les communications par texto, e-mail ou téléphone concernant le suivi et les informations de la prise en charge seront facturées au client selon les tarifs en vigueur. En cas d'urgence ou de communication concernant un cas de réorientation sans acte de prise en charge direct, le tarif en vigueur sera facturé au client.

De plus, pour la physiothérapie, une prescription médicale de moins de cinq semaines de date de la première séance de votre médecin et votre carte d'assuré valide doivent être présentées lors du premier rendez-vous. Le thérapeute ne fait pas la demande de prescription médicale pour le client. Dans le cas contraire, le thérapeute ne pourra pas commencer la prise en charge et sera facturé au client.

- Lors d'une prescription médicale pour accident (LAA), une déclaration/attestation de sinistre avec le nom et les coordonnées de l'assurance, ainsi que le numéro de sinistre, doit être présentée lors de la première séance sur papier. Dans le cas contraire, le thérapeute ne peut commencer la prise en charge sous le remboursement LAA.

- Une prescription de physiothérapie doit être entamée dans un délai de 5 semaines à compter de la date d'émission. Les traitements doivent être effectués dans un délai maximum de 3 mois. Toutes les séances effectuées en dehors de ces délais seront à votre charge. Sans nouvelle de votre part lors de la prise en charge dépassant les trois semaines qui suivent votre dernier rendez-vous, votre dossier sera clôturé et les séances seront facturées.

- En fonction de votre couverture et de votre assurance, la situation sera adaptée, mais en règle générale, le paiement des séances de physiothérapie se fera soit à la fin de chaque séance, soit à la fin de la série de séances prescrites par le médecin. Une quittance vous sera envoyée par courriel non crypté (ou selon l'évolution des moyens de communication) par l'association ou votre thérapeute à la suite du paiement. Il vous incombe de transmettre une copie de la quittance et de la prescription médicale à votre caisse maladie/assurance dans les plus brefs délais pour vous faire rembourser. Nous ne sommes pas responsables des délais de traitement et de remboursement de votre assurance maladie.

En signant ce formulaire, j'accepte que la facturation de mon traitement soit établie sur papier ou sous forme électronique, en tiers payant (facture transmise directement à l'assurance) ou en tiers garant.

En indiquant mon adresse électronique, j'accepte de recevoir par ce biais les données liées à mon suivi (quittance ou justificatif pour le remboursement) sous forme électronique non cryptée, en fin de ou des séances, et en fin de mois.

En signant ce document, vous confirmez avoir pris connaissance de son contenu et accepter vos obligations suite à la séance (soin, traitement, entraînement ou encadrement) au sein de l'association 1.CENTRE.S.O.S. et de ses thérapeutes.

Nom

Prénom

Date

Signature

Information à la clientèle et condition générale sur le fonctionnement interne au sein de 1.centre.s.o.s association

Adresse siège : Chez M Seulin, rue centrale, CP 9, 1884 Villars/Ollon, Suisse

1.centre.s.o.s@gmail.com

+41(0)78 918 56 00

For each session (care, treatment, training or coaching) within 1.CENTRE.S.O.S association, you become a momentary health member. A **momentary health member** is defined as: a passive member for the duration of the session (care, treatment or training) in the same day and who does not benefit from the right to vote within the association.

1.CENTRE.S.O.S association and its therapists inform you that not all alternative therapies are covered by insurance companies or associations (RME, ASCA or NVS). Before each session, I have been informed, I have understood and I accept full responsibility for checking with my insurance company to determine whether or not I will be reimbursed. In particular, I have been instructed to check with my insurer before the treatment to see if it will be covered. In the event of non-reimbursement by my insurance company, I understand that the practice (the association 1.CENTRE.S.O.S or the therapist) is in no way responsible for this situation.

I am responsible for consulting a physician in the event of an emergency, as a first resort. In the event of an emergency, if the therapist refers me to a medical emergency or to a doctor, I agree to pay for the service, which will be billed to me at the current rate. The therapist has informed me of the possibilities and limitations of the treatment methods applied, as well as the possible risks and side effects.

Together we have defined a goal and a treatment plan. No promises of a cure were made. I have been instructed never to discontinue conventional medical treatment without my doctor's prior consent. The presence of a legal guardian or parent is mandatory for minors at every session. If you fail to comply with this rule, you will be billed for the session, although the treatment will not take place.

- Please plan to arrive 15 minutes before your first appointment to finalize the administrative processing of your file.

- In the event of cancellation or modification of an appointment made orally or in writing, we thank you for observing a minimum notice period of 48 hours at all times (including in special situations: covid or other). If you fail to do so, you will be charged for the consultation. If you are late for your appointment, you will not be compensated and I may be billed for the appointment. I have been informed of treatment costs, insurance benefits, cost coverage guarantees and payment terms.

- What's more, if you are covered by a health insurance plan (LAMAL, LAA, etc., for services such as physiotherapy), you must present a medical prescription at the first session if you wish to benefit from this type of therapy. If this is not the case, the session will be billed outside the convention and your insurance will not guarantee reimbursement. The therapist does not request a medical prescription for the client from the doctor. In the event of an accident, it must be indicated on each prescription whether it concerns the accident or not. Up-to-date insurance cover is compulsory (LAMAL or accident). The therapist or organization is not responsible for administrative follow-up if information is not provided at the start of treatment and updated by the customer in the event of any changes.

- For all services, the client must pay/settle the therapist in cash at the end of the consultation. A receipt/invoice will be sent for insurance purposes for the treatment received during the month. It will be sent by unencrypted e-mail at the end of the month (or as communication systems evolve). It is the customer's responsibility to arrange reimbursement with his insurance company. In the event of late payment by the customer or his/her insurance, the therapist reserves the right to suspend further treatments until the consultation has been paid for, or to stop treatment and take legal action against the patient in the event of non-payment within 30 days. As stated on the invoice/receipt, a reminder fee of CHF 10 per day's delay in payment will be added if the payment deadline exceeds 30 days from dispatch/receipt of the invoice. In the event of non-payment, the prescribing physician will be notified and will decide on the appropriateness of a new prescription.

- In accordance with the Data Protection Act, I hereby authorize you to pass on the information required for invoicing to the insurance company (KVG/LAMAL, LAA/UVG or other), to any debt collection agency and to the relevant official bodies (debt collection agencies, justices of the peace, courts). It goes without saying that you will not provide these authorities with any data that could provide information about my medical treatment. My provider is authorized to request or transmit my medical records in my interest. I also agree that my medical file may also be kept in computerized/electronic form, regardless of the medium used. I am informed that the aim of the association is to develop knowledge and carry out scientific studies. In the event of a scientific study, my customer/member data will be analyzed in accordance with anonymization or pseudonymization standards. I also accept the presence of trainees or learners for training purposes.

- When the client or his insurance company requests that a questionnaire or form be completed, the client's written and signed agreement is mandatory. The therapist will then complete the document. This time spent completing documents is billed in addition to the follow-up service. It will be billed to the customer according to the rates advertised by 1.CENTRE.S.O.S and must be paid before the report is sent to the insurance company. The customer is responsible for reimbursement of the report or form by his insurance company.

- All services and transmission information take place during the session. Any communication with the customer concerning the treatment (information on the session report and the exchange of information relating to it) will be charged to the customer if it takes place outside the time allocated to the session. All communications by text message, e-mail or telephone concerning follow-up and information about the session will be billed to the customer according to current rates. In the event of an emergency or communication concerning a case of reorientation without a direct act of care, the customer will be billed at the current rate.

In addition, for physiotherapy, a medical prescription less than five weeks old for the first session from your doctor and your valid insurance card must be presented at the first appointment. The therapist does not request a medical prescription for the client. If this is not the case, the therapist will not be able to start the treatment and the client will be billed.

- In the case of a medical prescription for an accident (LAA), a claim declaration/attestation with the name and contact details of the insurance company, as well as the claim number, must be presented on paper at the first session. If this is not the case, the therapist cannot begin treatment under LAA reimbursement.

- A physiotherapy prescription must be started within 5 weeks of the date of issue. Treatments must be completed within a maximum of 3 months. Any sessions carried out outside this timeframe will be charged to you. If we do not hear from you within three weeks of your last appointment, your file will be closed and you will be billed for the sessions.

- Depending on your coverage and insurance, the situation will be adapted, but as a general rule, payment for physiotherapy sessions will be made either at the end of each session, or at the end of the series of sessions prescribed by the doctor. A receipt will be sent to you by unencrypted e-mail (or as communication methods evolve) by the association or your therapist following payment. It is your responsibility to forward a copy of the receipt and the medical prescription to your health insurer as soon as possible to ensure reimbursement. We are not responsible for delays in processing and reimbursement by your health insurance company.

By signing this form, I accept that my treatment will be billed on paper or electronically, in third-party payment (invoice sent directly to the insurance company) or in third-party guarantee.

By entering my e-mail address, I agree to receive my follow-up data (receipt or proof of reimbursement) in unencrypted electronic form at the end of the session(s) and at the end of the month.

By signing this document, you confirm that you have read its contents and accept your obligations following the session (care, treatment, training or coaching) with the association 1.CENTRE.S.O.S. and its therapists.

Nom

Prénom

Date

Signature