

Assurance médecin de famille et assurance HMO

Forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins

Conditions d'assurance (CA)

Conditions d'assurance (CA)**Assurance médecin de famille et assurance HMO – Forme particulière
d'assurance de l'assurance obligatoire des soins**

conformément à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994

Table des matières		Page
Introduction		3
Dispositions générales		3
1	Qu'est-ce qu'une assurance médecin de famille resp. une assurance HMO?	3
2	Quelles prestations sont versées?	3
Bases juridiques		3
3	Sur quelles bases juridiques se fonde cette assurance?	3
4	Ces restrictions sont-elles applicables également aux assurances complémentaires?	3
Conclusion/résiliation/suppression de l'assurance		3
5	Qui peut conclure cette assurance?	3
6	Quand et comment le contrat peut-il être résilié?	3
7	Que se passe-t-il si en tant que personne assurée je change de rayon de soins?	4
8	Que se passe-t-il si le médecin coordonnant annule son contrat avec la personne assurée ou s'il quitte le système de l'assurance médecin de famille?	4
9	Que se passe-t-il si le cabinet HMO annule son contrat avec l'assureur ou si l'assurance médecin de famille est supprimée?	4
10	Que se passe-t-il en cas d'absence prolongée du médecin coordonnant ou si le traitement n'est plus possible dans le cabinet HMO?	4
11	Puis-je changer de médecin coordonnant ou de cabinet HMO?	4
12	Puis-je être assuré resp. conserver mon assurance en cas de séjour à l'étranger?	4
Droits et obligations de la personne assurée		4
13	Quelles sont mes obligations en tant que personne assurée?	4
14	Quelles sont les conséquences d'un manquement aux conditions d'assurance?	4
15	Chaque traitement doit-il être effectué ou prescrit par le médecin coordonnant ou le cabinet HMO?	5
16	Y a-t-il des exceptions à cette obligation?	5
17	Que dois-je faire en cas d'urgence en tant que personne assurée?	5
18	Qui a accès à mon dossier?	5
Primes et participations aux coûts		6
19	Quelles sont les conditions applicables en matière de primes et de participation aux coûts?	6
Disposition finale		6
20	Quand les présentes Conditions d'assurance entrent-elles en vigueur?	6
Annexe à l'assurance médecin de famille		6
Glossaire		7

Introduction

Les présentes Conditions d'assurance s'appliquent à toutes les personnes assurées au titre de l'*assurance médecin de famille* et de l'*assurance HMO*. Les particularités concernant des spécificités régionales de l'*assurance médecin de famille* sont réglées dans l'annexe aux Conditions d'assurance.

Le *médecin de famille* choisi dans l'*assurance médecin de famille* resp. le *médecin HMO* choisi dans l'*assurance HMO* est dénommé ci-après «médecin coordonnant». Pour chaque modèle d'approvisionnement, le médecin coordonnant doit être choisi dans la liste de médecins correspondante de l'assureur.

Les termes «médecin» et «médecin HMO» doivent être compris comme étant à la forme épïcène.

Le glossaire en annexe fait partie intégrante des présentes Conditions d'assurance. Les termes en *italique* sont expliqués dans le glossaire (page 7).

Dispositions générales

1 Qu'est-ce qu'une assurance médecin de famille resp. une assurance HMO?

L'*assurance médecin de famille* et l'*assurance HMO* sont des formes d'assurance particulières de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 62 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) et des art. 99–101a de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Le médecin coordonnant procure à la personne assurée un traitement et une assistance complets pour toutes les questions de santé. La personne assurée et le médecin coordonnant contribuent ainsi à une prise en charge médicale responsable en termes de coûts.

2 Quelles prestations sont versées?

Les prestations garanties par l'*assurance médecin de famille* et l'*assurance HMO* s'appuient sur les dispositions de l'assurance obligatoire des soins, en tenant compte des dispositions restrictives relatives à l'octroi de prestations (cfr. 13–17 des présentes CA).

Bases juridiques

3 Sur quelles bases juridiques se fonde cette assurance?

La pratique de l'*assurance médecin de famille* et de l'*assurance HMO* est régie par les dispositions de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), les dispositions de la LAMal et leurs dispositions d'application ainsi que les présentes CA.

Dans la mesure où les dispositions susmentionnées ne contiennent aucune réglementation divergente, les CA pour l'assurance obligatoire des soins s'appliquent.

4 Ces restrictions sont-elles applicables également aux assurances complémentaires?

Les dispositions restrictives relatives à l'octroi de prestations dans l'*assurance médecin de famille* et l'*assurance HMO* peuvent également s'appliquer aux assurances complémentaires conclues auprès de l'assureur, les conditions d'assurance des assurances complémentaires correspondantes étant alors déterminantes.

Conclusion/résiliation/suppression de l'assurance

5 Qui peut conclure cette assurance?

Toutes les personnes assurées domiciliées légalement dans le rayon de soins régional de l'*assurance médecin de famille* ou de l'*assurance HMO* et au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins auprès de l'assureur peuvent conclure une *assurance médecin de famille* ou une *assurance HMO*. L'*assurance médecin de famille* resp. l'*assurance HMO* est toujours conclue pour le premier jour du mois suivant.

Au moment de la conclusion de l'*assurance médecin de famille* resp. de l'*assurance HMO*, les personnes assurées choisissent un médecin sur la liste des médecins de l'assureur en tant que médecin coordonnant resp. un cabinet *HMO*.

L'*assurance médecin de famille* resp. l'*assurance HMO* ne peut être conclue si le traitement médical ne peut être assumé par le médecin coordonnant (par ex. pour les personnes assurées dont le médecin coordonnant ne peut influencer sur le traitement).

6 Quand et comment le contrat peut-il être résilié?

L'*assurance médecin de famille* resp. l'*assurance HMO* peut être dénoncée pour la fin d'une année civile moyennant un délai de résiliation de trois mois. La résiliation doit être signifiée par écrit et entraîne le transfert dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur ou d'un autre assureur-maladie. Demeure réservé le droit de changer d'assureur pendant l'année civile conformément aux dispositions légales en vigueur.

Si les soins médicaux ne peuvent plus être prodigués par le médecin coordonnant resp. le cabinet *HMO* choisi (par ex. pour les personnes assurées dont le médecin coordonnant ne peut influencer sur le traitement), l'assureur est en droit de résilier l'*assurance médecin de famille* resp. l'*assurance HMO* pour la fin d'un mois moyennant un préavis de 30 jours. Cette résiliation entraîne automatiquement le transfert dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur.

7 Que se passe-t-il si en tant que personne assurée je change de rayon de soins?

Le déménagement de la personne assurée hors du rayon de soins de *l'assurance médecin de famille* ou de l'assurance *HMO* entraîne la résiliation de *l'assurance médecin de famille* resp. de l'assurance *HMO* et le transfert dans l'assurance obligatoire des soins pour le premier jour du mois suivant.

8 Que se passe-t-il si le médecin coordonnant annule son contrat avec la personne assurée ou s'il quitte le système de l'assurance médecin de famille?

Si le médecin coordonnant annule son contrat avec la personne assurée en tant que patient ou s'il quitte le système d'approvisionnement de *l'assurance médecin de famille*, la personne assurée peut, dans les 30 jours à compter de l'invitation écrite de l'assureur, choisir un nouveau médecin coordonnant dans le même système d'approvisionnement ou demander son transfert dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur. Dans les régions où plusieurs systèmes d'approvisionnement sont proposés pour un même rayon de soins, la personne assurée peut également choisir un nouveau médecin coordonnant dans un autre système d'approvisionnement de la même région ou passer dans une assurance *HMO*. Si la personne assurée n'exerce pas son droit dans le délai imparti, elle est automatiquement transférée dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur.

9 Que se passe-t-il si le cabinet HMO annule son contrat avec l'assureur ou si l'assurance médecin de famille est supprimée?

Si *l'assurance médecin de famille* resp. le cabinet *HMO* est supprimé ou le contrat entre le cabinet *HMO* et l'assureur est annulé, les personnes assurées sont automatiquement transférées dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur. Dans les régions où plusieurs systèmes d'approvisionnement sont proposés pour un même rayon de soins, les personnes assurées peuvent, dans les 30 jours à compter de l'invitation écrite de l'assureur, choisir un nouveau médecin coordonnant dans un autre système d'approvisionnement de la même région ou demander leur transfert dans une assurance *HMO* resp. un nouveau cabinet *HMO* ou opter pour une *assurance médecin de famille* en indiquant le nom du *médecin de famille* choisi. Si les personnes assurées n'exercent pas leur droit dans le délai imparti, elles sont automatiquement transférées dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur.

10 Que se passe-t-il en cas d'absence prolongée du médecin coordonnant ou si le traitement n'est plus possible dans le cabinet HMO?

En cas d'absence prolongée du médecin coordonnant, les personnes assurées peuvent décider, pour la durée de l'absence, soit de choisir un autre médecin coordonnant, soit d'être transférées dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur. Il est également possible d'être transféré dans un autre système d'approvisionnement de la même région.

11 Puis-je changer de médecin coordonnant ou de cabinet HMO?

Dans des cas justifiés, les personnes assurées au titre de *l'assurance médecin de famille* peuvent changer de médecin coordonnant. Par ailleurs, il est possible d'être transféré dans un autre réseau de médecins de famille ou dans une assurance *HMO* du même rayon de soins. Les personnes assurées en informent l'assureur.

Dans des cas justifiés, les personnes au bénéfice d'une assurance *HMO* peuvent changer de cabinet *HMO* pour autant qu'il existe un autre cabinet dans le même rayon de soins. Par ailleurs, il est possible d'être transféré dans une *assurance médecin de famille* en indiquant le nom du *médecin de famille* choisi, pour autant qu'une telle assurance existe dans le même rayon de soins. Les personnes assurées en informent leur ancien cabinet *HMO* ainsi que l'assureur.

12 Puis-je être assuré resp. conserver mon assurance en cas de séjour à l'étranger?

Si la personne assurée séjourne plus de trois mois à l'étranger, l'assureur est en droit de l'exclure de *l'assurance médecin de famille* resp. de l'assurance *HMO* pour la fin d'un mois moyennant un préavis de 30 jours. La personne assurée est alors automatiquement transférée dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur.

Droits et obligations de la personne assurée**13 Quelles sont mes obligations en tant que personne assurée?**

La personne assurée s'engage à consulter le médecin coordonnant pour tous les traitements et examens ou à se faire adresser à un tiers par ce dernier.

D'un commun accord avec le médecin coordonnant, l'accès à des prestations médicales spéciales peut être facilité et adapté aux situations régionales.

14 Quelles sont les conséquences d'un manquement aux conditions d'assurance?

Si la personne assurée manque à ses obligations selon les présentes CA de manière répétée, l'assureur est en droit de l'exclure de l'assurance *médecin de famille* resp. de l'assurance *HMO* pour la fin d'un mois moyennant un préavis de 30 jours. La personne assurée est alors automatiquement transférée dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur. En cas de non respect répété des CA, la réadmission ultérieure dans l'assurance *médecin de famille* resp. l'assurance *HMO* ne peut être garantie.

Si les soins médicaux ne peuvent plus être prodigués par le médecin coordonnant resp. le cabinet *HMO* choisi (par ex. pour les personnes assurées dont le médecin coordonnant ne peut influencer sur le traitement), l'assureur est en droit de résilier l'assurance *médecin de famille* resp. l'assurance *HMO* pour la fin d'un mois moyennant un préavis de 30 jours. Cette exclusion entraîne automatiquement le transfert dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur.

15 Chaque traitement doit-il être effectué ou prescrit par le médecin coordonnant ou le cabinet HMO?

Les personnes assurées au titre de l'assurance *médecin de famille* resp. de l'assurance *HMO* sont tenues de s'adresser toujours en premier lieu à leur médecin coordonnant pour tous les traitements. Au besoin, celui-ci se charge de pourvoir à une assistance et à un traitement adéquats par d'autres médecins ou par du personnel paramédical. Une délégation préalable du médecin coordonnant est nécessaire pour tous les traitements qu'il ne dispense pas à la personne assurée (par ex. traitement hospitalier, consultation d'un spécialiste).

Lorsque le médecin coordonnant est absent, les personnes assurées s'adressent à son remplaçant.

Si les personnes assurées ont directement recours à des traitements ambulatoires ou stationnaires sans avoir au préalable consulté le médecin coordonnant alors qu'il ne s'agit pas d'une situation d'urgence au sens du cfr. 17 des présentes CA, elles supportent elles-mêmes tous les frais consécutifs.

16 Y a-t-il des exceptions à cette obligation?

Pour les contrôles gynécologiques préventifs et l'obstétrique, la personne assurée peut choisir librement un spécialiste en gynécologie et obstétrique avec l'accord du médecin coordonnant. Une délégation préalable du médecin coordonnant est nécessaire pour tous les autres traitements gynécologiques de la personne assurée.

Pour les contrôles ophtalmologiques préventifs et les adaptations subséquentes des lunettes ou des verres de contact, la personne assurée peut choisir librement un spécialiste en ophtalmologie avec l'accord du médecin coordonnant. Une délégation préalable

du médecin coordonnant est nécessaire pour tous les autres traitements ophtalmologiques de la personne assurée.

Les traitements dentaires peuvent être effectués directement par un dentiste et ne nécessitent pas une délégation du médecin coordonnant.

17 Que dois-je faire en cas d'urgence en tant que personne assurée?

En cas d'urgence, les personnes assurées s'adressent à leur médecin coordonnant chaque fois que cela est possible. Si le médecin coordonnant ne peut être atteint, il faut faire appel au médecin d'urgence ou au service régional d'urgence du lieu de domicile, le cas échéant du lieu de séjour.

Il y a urgence lorsque l'état d'une personne 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. Un problème de santé, nouveau ou récurrent, survenant en dehors des heures de consultation médicale ne peut être considéré systématiquement comme une urgence.

En cas d'hospitalisation d'urgence ou de traitement par le médecin d'urgence, les personnes assurées sont tenues d'informer ou de faire informer leur médecin coordonnant dans les meilleurs délais et de lui remettre une attestation du médecin d'urgence.

Si une consultation de contrôle s'avère nécessaire par la suite, elle doit avoir lieu chez le médecin coordonnant. Avec l'autorisation du médecin coordonnant, le traitement peut aussi se poursuivre chez le médecin consulté d'urgence, aussi longtemps que nécessaire.

18 Qui a accès à mon dossier?

En concluant l'assurance *médecin de famille* resp. l'assurance *HMO*, les personnes assurées déclarent autoriser leur médecin coordonnant ou les tiers agissant pour son compte à accéder aux données concernant la couverture, les traitements et les factures de leurs soins médicaux. De même, elles autorisent le traitement de ces données par l'assureur ou par des tiers agissant sur mandat de l'assureur, du médecin coordonnant ou de l'association des médecins de famille resp. du cabinet *HMO*. En cas de transfert chez un autre médecin coordonnant resp. un autre cabinet *HMO* ou dans une assurance *HMO* resp. une assurance *médecin de famille*, elles autorisent par déclaration écrite à transmettre ces informations au nouveau médecin ou au nouveau cabinet *HMO* resp. au nouveau *médecin de famille* et libèrent ainsi l'ancien médecin coordonnant du secret professionnel.

Primes et participations aux coûts

19 Quelles sont les conditions applicables en matière de primes et de participation aux coûts?

Un rabais sur la prime de l'assurance obligatoire des soins peut être accordé dans l'*assurance médecin de famille* resp. l'*assurance HMO*. Le tarif de primes respectivement en vigueur est déterminant. Le montant de la franchise et de la quote-part pour les prestations fournies aux personnes assurées ainsi que celui de la contribution aux frais d'un séjour hospitalier sont déterminés conformément aux prescriptions de la Confédération en la matière ou sont publiés dans le magazine clients officiel resp. sur la page d'accueil de l'assureur.

En lieu et place d'un rabais sur la prime de l'assurance obligatoire des soins, il est possible de renoncer entièrement ou en partie à percevoir la franchise et/ou la quote-part. La franchise et la quote-part respectives sont indiquées dans la police d'assurance.

Disposition finale

20 Quand les présentes Conditions d'assurance entrent-elles en vigueur?

Les présentes Conditions d'assurance (CA) entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2008. Elles remplacent les Conditions d'assurance (CA) pour l'*assurance médecin de famille* et l'*assurance HMO*, édition du 1^{er} juillet 2007.

Annexe à l'assurance médecin de famille

Dans certaines régions, les particularités suivantes peuvent exister en fonction des accords contractuels existant avec le fournisseur de prestations:

- Variante: groupe de médecins avec spécialistes
Dans cette variante (organisée comme *réseau de médecins* avec des généralistes et des spécialistes), les personnes assurées peuvent s'adresser directement à un médecin spécialiste du réseau de médecins. Aussi bien les généralistes que les spécialistes peuvent être choisis comme médecins coordonnants sur la liste de médecins de l'assureur.
- Variante: limitation du choix de l'hôpital
Dans cette variante, les personnes assurées sont tenues de se faire admettre dans un établissement figurant sur la liste des hôpitaux de l'assureur. Les personnes assurées suivant un traitement stationnaire dans un hôpital ne figurant pas sur la liste des hôpitaux de l'assureur supportent elles-mêmes tous les frais consécutifs.

Glossaire

Assurance médecin de famille

Modèle d'assurance dans le cadre duquel la personne assurée s'engage à consulter toujours en premier lieu son médecin de famille en cas de problème de santé. Lors de la conclusion, la personne assurée choisit son médecin de famille parmi ceux qui figurent sur la liste des médecins participant au modèle médecin de famille. La règle du contact préalable s'applique également aux cas d'urgence, sauf si le médecin de famille ne peut être atteint ou si la personne assurée ne se trouve pas à son lieu de domicile ou de travail.

HMO

Modèle d'assurance dans le cadre duquel la personne assurée s'engage à consulter toujours en premier lieu le cabinet *HMO* qu'elle a choisi au préalable en cas de problème de santé. Cette règle s'applique également aux cas d'urgence, sauf si le médecin *HMO* ne peut être atteint ou si la personne assurée ne se trouve pas à son lieu de domicile ou de travail.

Un cabinet *HMO* regroupe diverses offres de prestations, en partie spécialisées (par ex. médecins généralistes, spécialistes, physiothérapeutes, etc.), au sein d'un même cabinet.

Médecin de famille

Médecin qui procure les soins de base aux personnes assurées. Les médecins de famille ont généralement un titre de spécialisation en médecine générale, en médecine interne ou en pédiatrie.

Réseau de médecins

Groupe de médecins qui s'organisent entre eux.

