

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle Réseau de soins

Édition 01.2024

Titre premier – Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle Réseau de soins est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle Réseau de soins est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

En souscrivant au modèle Réseau de soins, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3. En contrepartie, il bénéficiera d'un rabais sur ses primes d'assurance.

Titre 2 – Les formes d'assurance

Chapitre 1 – L'assurance obligatoire et ordinaire des soins

Article 1 – Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 – La franchise

- 2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.
- 2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.
- 2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.
- 2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.
- 2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3 – La quote-part

- 3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.
- 3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.
- 3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.
- 3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4 – La participation maximale de l'assuré

- 4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

- 4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.
- 4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 – Les prestations

- 5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.
- 5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Chapitre 2 – L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 6 – Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 – Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 – Le choix de la franchise

- 8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.
- 8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.
- 8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

- 9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.
- 9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.
- 9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 – Le modèle réseau de soins

Article 10 – Choix du médecin de premier recours

- 10.1 L'assuré s'engage à choisir un médecin de premier recours (Médecin Choisi) parmi les médecins ayant adhéré au réseau participant au modèle Réseau de soins dans son canton de domicile et figurant, à ce titre, sur la liste de médecins, applicable à ce modèle (la Liste de Médecins). Il doit transmettre les coordonnées de ce médecin à Assura, dès qu'il aura fait son choix. Si l'assuré consulte un médecin figurant sur la Liste de Médecins sans l'avoir expressément choisi au préalable, ce médecin consulté sera enregistré comme Médecin Choisi.
- 10.2 La Liste de Médecins est publiée et accessible depuis le site Internet d'Assura. Est déterminante la Liste de Médecins valable au moment du traitement. Celle-ci peut être adaptée en tout temps unilatéralement par Assura selon l'évolution du cercle des médecins adhérents du réseau participant au modèle Réseau de soins.
- 10.3 En cas de sortie du Médecin Choisi de la Liste de Médecins, l'assuré doit, dans un délai de 30 jours dès la réception de la notification d'Assura, sélectionner un nouveau médecin figurant sur la Liste de Médecins. Si dans le délai précité aucun nouveau Médecin Choisi n'est communiqué à Assura, l'assuré passe par défaut à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.
- 10.4 Le changement de Médecin Choisi ne peut se faire qu'avec l'accord préalable d'Assura.

Article 11 – Obligations de l'assuré

- 11.1 L'assuré s'engage à toujours consulter le Médecin Choisi en premier lieu. Le Médecin Choisi est l'interlocuteur de référence de l'assuré et veille à la prise en charge du traitement de l'assuré de manière globale. Il coordonne toutes les questions médicales et suit l'évolution de l'assuré dans toutes les démarches médicales. Il décide également s'il poursuit lui-même le traitement ou s'il y a lieu de recourir à un spécialiste. Dans ce cas, l'assuré s'engage à obtenir du Médecin Choisi un bon de délégation dûment complété, daté et signé préalablement à toute consultation chez un spécialiste. Cet avis de délégation devra ensuite être transmis à Assura avec la facture du spécialiste. L'assuré s'engage expressément à suivre le traitement prescrit.
- 11.2 Lorsque le Médecin Choisi envoie l'assuré auprès d'un autre fournisseur de soins (médecin spécialiste, institut de radiologie, physiothérapeute, etc.), l'assuré est tenu de poursuivre le traitement auprès de la personne désignée nommément par son Médecin Choisi.
- 11.3 L'assuré s'engage à acheter ses médicaments et/ou toute autre préparation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins uniquement auprès des officines figurant sur la liste des *pharmacies agréées* (la Liste de Pharmacies). Seules ces pharmacies peuvent coordonner toutes les questions relatives aux traitements pharmaceutiques prescrits à l'assuré.

- 11.4 La Liste de Pharmacies est publiée et accessible depuis le site internet d'Assura. Elle peut être modifiée en tout temps et unilatéralement par Assura. L'assuré est informé des éventuelles adaptations de la Liste de Pharmacies par écrit, par exemple au moyen du magazine dédié aux assurés. Est déterminante la Liste de Pharmacies valable au moment du traitement.
- 11.5 Les dispositions pour les cas d'urgences et les exceptions figurant à l'art. 12 demeurent réservées.
- 11.6 En cas de non-respect des engagements pris à l'article 11, l'assuré ne pourra pas faire appel aux prestations d'Assura.

Article 12 – Exceptions

- 12.1 En cas d'urgence établie, l'assuré peut faire appel à un autre fournisseur de soins que le Médecin Choisi, respectivement à une pharmacie non agréée. De plus, l'utilisation d'une pharmacie non agréée est possible en cas de séjour à l'étranger.
- 12.2 Si l'assuré a consulté un autre fournisseur de soins que son Médecin Choisi ou une *pharmacie agréée* en vertu de l'alinéa précédent, il est obligé d'en informer le Médecin Choisi dans les meilleurs délais et de poursuivre auprès de lui la suite du traitement, sauf contre-indication de la part du Médecin Choisi.
- 12.3 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants jusqu'à 12 ans révolus ou en gynécologie ne sont pas soumis aux obligations de l'article 11.

Article 13 – Entrée dans le modèle Réseau de soins

- 13.1 Le modèle Réseau de soins peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans un canton où Assura pratique ce modèle.
- 13.2 Un assuré domicilié dans les cantons où Assura pratique le modèle Réseau de soins, au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins et de la franchise ordinaire de CHF 300 pour les adultes et/ou jeunes adultes et de CHF 0 pour les enfants, peut en tout temps adhérer au modèle Réseau de soins.

Article 14 – Sortie du modèle Réseau de soins

- 14.1 Sous réserve des chiffres ci-après, l'abandon du modèle Réseau de soins n'est possible que pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois, et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins auprès d'Assura. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission d'Assura, l'article 7 alinéas 3 et 4 LAMal étant réservé. Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.
- 14.2 Si l'assuré transfère son domicile dans un canton où le modèle Réseau de soins n'est pas proposé par Assura il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique.

- 14.3 Si sur un canton, tous les contrats conclus entre Assura et la ou les sociétés d'exploitation de réseau de médecins participant au modèle Réseau de soins sont résiliés, le modèle Réseau de soins cesse d'exister dans le canton concerné. Dans ce cas, les assurés de ce modèle ayant leur domicile dans le canton concerné sont transférés par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique.
- 14.4 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.
- 14.5 Si, suite au retrait d'une pharmacie de la liste des *pharmacies agréées*, un assuré n'a plus aucune *pharmacie agréée* à disposition dans sa région, il a la possibilité de demander de passer dans un autre modèle d'assurance de base proposé par Assura avec une franchise identique.

Article 15 – Traitement des données

En concluant le modèle Réseau de soins, l'assuré autorise Assura, le Médecin Choisi ou les tiers agissant en son nom, ainsi que les éventuels spécialistes à s'échanger les données de traitement et de facturation concernant les soins médicaux dans leur ensemble, pour autant que ces données soient requises pour la mise en œuvre de l'assurance Réseau de soins et notamment pour la vérification du respect des obligations incombant à l'assuré. En cas de changement du Médecin Choisi, la personne assurée autorise la transmission de ces informations au nouveau Médecin Choisi et libère dans cette mesure l'ancien médecin du secret professionnel. Ces échanges d'informations ont lieu dans le respect des règles légales, notamment de la loi sur la protection des données et de la LAMal.

Article 16 – Responsabilité

La responsabilité pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques incombe exclusivement aux fournisseurs de prestations traitant la personne assurée.

Titre 3 – L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Assura-Basis SA

Contact
assura.ch
0800 277 872