

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle Médecin de famille

TITRE PREMIER – BASES CONTRACTUELLES ET DROIT APPLICABLE

Le modèle Médecin de famille 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 Médecin de famille 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.

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

Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigues ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

Article 6 – L'hospitalisation en division privée ou en clinique

Assura verse à un assuré qui se fait soigner en division privée d'un établissement répertorié LAMal ou en clinique l'équivalent des prestations qu'elle aurait dû allouer si l'hospitalisation s'était faite en division générale d'un établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 7 – Les types d'hôpitaux

La différenciation des établissements hospitaliers implique que l'assuré se fasse traiter dans un établissement hospitalier correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs applicables pour ce traitement dans l'établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 8 – La contribution aux frais de séjour hospitalier

8.1 La contribution journalière de l'assuré aux frais de séjour hospitalier se monte à CHF 15.

8.2 Sont exemptés de cette contribution :

a) les enfants et les jeunes adultes en formation au sens de l'art. 61, al. 3, LAMal ;

- b) les femmes pour les prestations spécifiques de maternité ;
- c) De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 9 – Les frais extra-hospitaliers

Les frais personnels découlant de la location d'appareils de radiophonie ou de télévision, de conversations téléphoniques, de boissons commandées spécialement, etc., ne sont pas pris en charge par Assura.

Article 10 – La maternité

Assura accorde en cas de grossesse et d'accouchement les mêmes prestations qu'en cas de maladie et, en outre ou au moins :

- a) la prise en charge sans franchise et sans quote-part de sept consultations de contrôle pendant la grossesse et une consultation de contrôle entre la 6^e et la 10^e semaine post-partum ;
- b) les frais d'assistance à la naissance par un médecin ou une sage-femme en cas d'accouchement à domicile ainsi que le matériel nécessaire à cet effet ;
- c) une indemnité à toute femme enceinte qui participe à un cours individuel ou collectif de préparation à l'accouchement organisé par une sage-femme ;
- d) le remboursement des conseils en matière d'allaitement à raison de trois séances au maximum ;
- e) la prise en charge des soins accordés au nouveau-né en bonne santé et de son séjour tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la participation aux coûts en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 11 – Les cures balnéaires

Assura accorde une contribution journalière de CHF 10 pour les cures balnéaires prescrites par un médecin, au maximum pendant 21 jours par année civile.

Article 12 – Les soins dentaires

Assura prend en charge les frais des soins dentaires, lorsque ceux-ci sont occasionnés par une grave maladie du système de mastication ou par une autre maladie grave au sens de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (ci-après « OPAS ») du 29 septembre 1995.

Article 13 – Les frais de transport et de sauvetage

- a) Les frais occasionnés par un transport médicalisé indiqué et par un moyen correspondant aux exigences médicales du cas sont pris en charge par Assura à raison du 50 %. Le montant maximum est de CHF 500 par année civile.
- b) Assura prend en charge 50 % des frais de sauvetage en Suisse, mais au maximum CHF 5'000 par année civile.

Article 14 – Les frais de lunettes

Assura prend en charge, jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, les frais d'achat de verres de lunettes correcteurs ou de verres de contact prescrits par un médecin dans la mesure des obligations définies par l'annexe 2 de l'OPAS. Les cas spéciaux définis par l'annexe 2 de l'OPAS sont réservés.

Article 15 – La prévention

En plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, Assura prend en charge les mesures médicales de prévention prévues au chapitre 3, article 12 de l'OPAS.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 16 – Les risques non assurés

Les frais d'acquisition ou de location d'appareils, d'articles orthopédiques et de prothèses non considérés comme prestations obligatoires au sens de la loi, ainsi que les cures d'air et de repos, ne sont pas indemnisés.

Article 17 – La durée des prestations

Les traitements ambulatoires et hospitaliers sont pris en charge sans limite de durée.

CHAPITRE 2 – L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS AVEC FRANCHISES À OPTION

ARTICLE 18 – LE DROIT APPLICABLE

En tant qu'il n'y soit dérogé dans les présentes dispositions, sont applicables les règles contenues dans le titre premier et le titre 2, chapitre 1, ci-avant.

Article 19 – 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 20 – Le choix de la franchise

20.1 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.

20.2 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.

20.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 21 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

21.1 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.

21.2 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.

21.3 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.

TITRE 3 – L'ENTRÉE EN VIGUEUR

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2018.

Assura-Basis SA

Chapitre 3 – Le modèle Médecin de famille

Article 22 – L'objet de l'assurance

22.1 En souscrivant au modèle Médecin de famille, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites ci-après sous chiffres 22.2 à 22.5.

22.2 Sauf cas d'urgence établie, l'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi parmi tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont il aura communiqué les coordonnées à Assura. Le médecin de famille est l'interlocuteur de référence de l'assuré. Il coordonne toutes les questions médicales. Il décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste. Dans ce cas, il remet à l'assuré un avis de délégation dûment complété et signé, qui devra être joint à la facture du spécialiste. Les consultations en ophtalmologie ou gynécologie sont dispensées de ces conditions.

22.3 Le changement de médecin de famille ne peut se faire qu'avec l'accord préalable d'Assura.

22.4 En cas de non-respect des engagements pris aux chiffres 22.2 à 22.3, l'assuré ne pourra pas faire appel aux prestations d'Assura.

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

Article 23 – L'entrée et la sortie du modèle Médecin de famille

23.1 Un assuré domicilié dans les cantons où Assura pratique le modèle Médecin de famille, au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins et de la franchise ordinaire de CHF 300 pour adultes et / ou jeunes adultes et de CHF 0 pour les enfants, peut en tout temps faire valoir son adhésion au modèle Médecin de famille.

23.2 Sous réserve du chiffre 23.3 ci-après, l'abandon de cette forme particulière d'assurance 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.

23.3 Si l'assuré transfère son domicile dans un canton où le modèle Médecin de famille n'est pas proposé par Assura, il passe par défaut à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.