

## Conditions spéciales d'assurance

# Assurance obligatoire des soins Modèle Réseau de soins

### 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.

##### 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<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> 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 médicalement indiqué et par un moyen correspondant aux exigences médicales du cas sont pris en charge par Assura à raison de 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.

## 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.

## CHAPITRE 3 – LE MODÈLE RÉSEAU DE SOINS

### Article 22 – Choix du médecin de premier recours

22.1 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.

22.2 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.

22.3 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.

22.4 Le changement de Médecin Choisi ne peut se faire qu'avec l'accord préalable d'Assura.

### Article 23 – Obligations de l'assuré

23.1 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.

23.2 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.

23.3 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.

23.4 La Liste de Pharmacies est publiée et accessible depuis le site internet d'Assura. Est déterminante la Liste de Pharmacies valable au moment du traitement. Celle-ci fait partie intégrante des présentes conditions d'assurance.

23.5 Les dispositions pour les cas d'urgences et les exceptions figurant à l'art. 24 demeurent réservées.

23.6 En cas de non-respect des engagements pris à l'article 23, l'assuré ne pourra pas faire appel aux prestations d'Assura.

### Article 24 – Exceptions

24.1 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.

24.2 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.

24.3 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 23.

### Article 25 – Entrée dans le modèle Réseau de soins

25.1 Le modèle Réseau de soins peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans un canton où Assura pratique ce modèle.

25.2 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 26 – Sortie du modèle Réseau de soins

26.1 Sous réserve des chiffres 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.

26.2 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 à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

26.3 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 à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

26.4 Si, pour des raisons inhérentes à la personne de l'assuré (p. ex. admission de la personne assurée dans un établissement médicosocial), le Médecin Choisi ne peut plus prendre en charge le traitement global de l'assuré, Assura a le droit d'exclure l'assuré du modèle Réseau de soins, moyennant un préavis d'un mois. Cette mesure entraîne d'office le transfert à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

26.5 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, dans le délai d'un mois à compter de la réception de l'avis de retrait, de passer dans un autre modèle d'assurance de base proposé par Assura avec une franchise identique.

## Article 27 – 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 28 – 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<sup>er</sup> janvier 2022.

**Assura-Basis SA**