

Assurance du médecin de famille

Règlement (LAMal) Edition 08.2020

Afin de faciliter la lecture des dispositions contractuelles, certaines dénominations concernant des personnes sont au masculin; bien entendu, ces dénominations sont également valables pour les femmes.

Table des matières

I	Dispositions générales	
1	Principes	2
2	Champ d'application	2
II	Rapport d'assurance	
3	Conclusion	2
4	Résiliation	2
III	Primes et participation aux coûts	
5	Primes	2
6	Participation aux coûts	2

IV	Droits et devoirs de la personne assurée	
7	Suivi/Soins prodigués par le médecin coordinateur	2
8	Traitements d'urgence	2
9	Traitements auprès du spécialiste	2
10	Transfert dans un hôpital	3
11	Cures thermales et cures de convalescence	3
12	Médicaments	3
13	Remplaçant	3
14	Changement du médecin coordinateur	3
15	Listes	3
16	Consultation du dossier	3

V	Disposition finale	
17	Entrée en vigueur	3

I Dispositions générales

1 Principes

- 1.1 L'assurance du médecin de famille est une forme d'assurance particulière de l'assurance de base avec choix limité du fournisseur de prestations selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Le médecin de famille (dénommé ci-après «médecin coordinateur») choisi par la personne assurée garantit le traitement et le suivi complets pour toutes les questions de santé.
- 1.2 La personne assurée se déclare prête à faire effectuer tous les traitements et examens par le médecin coordinateur ou à être envoyée par un tel médecin à un tiers. Elle contribue ainsi à ce que les soins médicaux soient dispensés de façon responsable en matière de coûts.
- 1.3 Les prestations garanties dépendent de l'étendue des prestations de l'assurance de base selon la LAMal compte tenu des dispositions limitant l'octroi des prestations (art. 7–15). Sont déterminantes la LAMal et la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ainsi que les dispositions d'exécution qui s'y rapportent. Sont également applicables à titre complémentaire les dispositions du règlement pour les assurances selon la LAMal de Sanagate SA (dénommée ci-après Sanagate).

2 Champ d'application

En cas d'assurance du médecin de famille, les restrictions dans le choix des fournisseurs de prestations sont, par analogie, également valables pour les éventuelles assurances complémentaires conclues auprès de la CSS Assurance SA, pour autant qu'une réglementation correspondante soit prévue dans les conditions générales d'assurance (CGA) en question.

II Rapport d'assurance

3 Conclusion

Lors de la conclusion de l'assurance, la personne assurée choisit un médecin coordinateur sur la liste applicable des médecins pour l'assurance du médecin de famille. La liste applicable des médecins est déterminée en fonction du domicile légal de la personne assurée. La conclusion de l'assurance est toujours effectuée pour le premier jour du mois suivant. Ultérieurement, il est possible de changer de médecin coordinateur (chiffre 14).

4 Résiliation

- 4.1 L'assurance peut être résiliée par écrit pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de trois mois. Pour autant qu'il n'y ait pas simultanément un passage dans l'assurance de base d'un autre assureur, la résiliation entraîne un passage dans l'assurance ordinaire de base de Sanagate.
- 4.2 Si la personne assurée quitte le champ d'application de la liste des médecins, la sortie de l'assurance du médecin de famille et le passage dans l'assurance ordinaire de base ont lieu pour le premier du mois suivant. Demeurent réservées les dispositions du chiffre 3.
- 4.3 Si le médecin coordinateur quitte la liste des médecins ou s'il en est exclu, la personne assurée peut, dans un délai d'un mois à partir de la notification écrite, désigner comme médecin coordinateur un autre médecin de la liste applicable des médecins ou passer dans l'assurance ordinaire de base de Sanagate. Si la personne assurée ne fait pas usage de son droit de choisir dans le délai imparti, elle passe d'office dans l'assurance ordinaire de base de Sanagate.

- 4.4 En cas de violation répétée des devoirs cités aux chiffres 7.1, 9.1, 10 et 11 ou si la personne assurée séjourne plus de trois mois à l'étranger, Sanagate est habilitée à exclure la personne concernée de l'assurance du médecin de famille pour la fin d'un mois civil moyennant l'observation d'un délai d'un mois. Cette situation entraîne d'office le passage dans l'assurance ordinaire de base de Sanagate. La nouvelle conclusion d'un modèle alternatif d'assurance (assurance du médecin de famille ou SanaCall) est à nouveau possible au plus tôt deux ans après l'exclusion.
- 4.5 Si, pour des raisons qui sont propres à la personne assurée, le médecin coordinateur ne peut plus prodiguer un traitement médical, Sanagate est habilitée à exclure de l'assurance du médecin de famille la personne assurée pour la fin d'un mois civil moyennant l'observation d'un délai d'un mois. Cette situation entraîne d'office le passage dans l'assurance ordinaire de base de Sanagate.

III Primes et participation aux coûts

5 Primes

La personne assurée reçoit un rabais sur la prime de l'assurance obligatoire des soins. Est à chaque fois déterminant le tarif des primes en vigueur.

6 Participation aux coûts

La franchise et la quote-part en cas de traitement ambulatoire et stationnaire ainsi que la contribution aux coûts d'une hospitalisation sont facturées selon les dispositions légales de l'assurance de base et le règlement pour les assurances selon la LAMal de Sanagate.

IV Droits et devoirs de la personne assurée

7 Suivi/Soins prodigués par le médecin coordinateur

- 7.1 Pour tous les traitements, la personne assurée doit toujours s'adresser d'abord à son médecin coordinateur (sauf chiffre 8, 9.2 et 13). Celui-ci veille, si nécessaire, à ce qu'un traitement et un suivi appropriés soient prodigués par d'autres médecins ou du personnel paramédical.
- 7.2 Si la personne assurée fait valoir, en dehors des cas cités aux chiffres 8, 9.2 et 13, directement des traitements ambulatoires ou stationnaires sans que leur médecin coordinateur en ait donné l'ordre préalablement, elle assume l'ensemble des frais qui y sont liés.

8 Traitements d'urgence

- 8.1 Dans une situation d'urgence, la personne assurée s'adresse à son médecin coordinateur. Si celui-ci ne peut être joint, elle s'adresse au remplaçant du médecin coordinateur ou à l'organisation régionale d'urgence du lieu de domicile ou, le cas échéant, du lieu de séjour.
- 8.2 Si, à la suite d'une urgence, un transfert à l'hôpital ou un traitement par le médecin d'urgence est nécessaire, la personne assurée est tenue d'informer le médecin coordinateur à la première occasion venue ou de le faire informer. Si une consultation de contrôle s'avère nécessaire par la suite, c'est le médecin coordinateur qui doit s'en charger. Avec l'accord du médecin coordinateur, la suite du traitement peut également être dispensée par le médecin d'urgence aussi longtemps que nécessaire.

9 Traitements auprès du spécialiste

- 9.1 Si la personne assurée est envoyée, par son médecin coordinateur, chez un spécialiste et si celui-ci recommande un traitement plus approfondi ou une intervention

chirurgicale, la personne assurée est tenue d'informer à l'avance son médecin coordinateur ou de le faire informer et de solliciter son accord.

9.2 La personne assurée dispose du libre choix des spécialistes suivants:

- Ophtalmologues (spécialistes en ophtalmologie)
- Gynécologues (spécialistes en gynécologie et obstétrique)

10 Transfert dans un hôpital

Les transferts dans des hôpitaux ou des institutions semi-hospitalières doivent être effectués par le médecin coordinateur ou avec son accord (sauf chiffres 8, 9 et 13). Le médecin coordinateur constate la nécessité d'une hospitalisation et transfère la personne assurée à l'hôpital.

11 Cures thermales et cures de convalescence

Les transferts dans des établissements thermaux et de convalescence doivent être effectués par le médecin coordinateur ou avec son accord dans la mesure où le droit à la prestation d'assurance est revendiqué.

12 Médicaments

12.1 La personne assurée s'engage à demander systématiquement un médicament avantageux appartenant au groupe de substances actives prescrites médicalement. C'est la liste «Nouvelle liste des génériques avec quote-part différenciée pour des originaux et des génériques» de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui sert de base. Il peut s'agir à cet égard d'un générique ou d'une préparation originale comparativement avantageuse.

12.2 Si la personne assurée opte pour un médicament figurant sur la liste des génériques de l'OFSP avec une quote-part plus élevée (20%), pour lequel une variante plus avantageuse est proposée, les coûts ne sont remboursés qu'à hauteur de 50%.

12.3 La présente disposition n'est pas applicable si la personne assurée est tributaire, pour des raisons médicales, de la préparation originale dont la quote-part est plus élevée. Une confirmation écrite correspondante du médecin traitant doit alors être soumise pour le décompte des prestations.

13 Remplaçant

Si le médecin coordinateur que la personne assurée a choisi dans la liste des médecins est absent, la personne assurée s'adresse au remplaçant du médecin coordinateur (excepté chiffre 8). En cas d'absence prolongée, la personne assurée peut désigner un autre médecin coordinateur dans la liste des médecins correspondante.

14 Changement du médecin coordinateur

La personne assurée peut, dans des cas motivés, changer de médecin coordinateur pour le premier du mois suivant et désigner un autre médecin coordinateur dans la liste des médecins correspondante. Elle communique cette information avant le changement à l'ancien médecin coordinateur et à Sanagate.

15 Listes

15.1 Les listes valables citées dans le présent règlement sont publiées sur Internet (www.css.ch).

15.2 Sont toujours déterminantes les listes valables au moment du traitement.

15.3 Sanagate peut adapter chaque année les listes citées dans le règlement (exception: liste des génériques selon chiffre 12.1).

16 Consultation du dossier

En concluant une assurance du médecin de famille, les personnes assurées déclarent accepter que leur médecin coordinateur puisse consulter les données nécessaires pour ce modèle d'assurance concernant le diagnostic, le traitement et la facturation de leurs soins médicaux. Cette forme d'assurance exige en outre un échange de données entre le médecin coordinateur, Sanagate et des éventuels tiers. Il s'agit de données concernant le diagnostic et le traitement des personnes assurées ainsi que la facturation. Ces données sont communiquées notamment aux spécialistes, hôpitaux et autres personnes et institutions impliquées dans le cadre de la fourniture de prestations médicales et organisationnelles dans le but de réaliser le contrat ou en cas de changement du médecin coordinateur.

V Disposition finale

17 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} août 2020.



CSS

Assurance