

Assurance du médecin de famille Profit

Règlement (LAMal)
Edition 01.2024

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	2
1	Principes	2
2	Champ d'application	2
II	Rapport d'assurance	2
3	Conclusion	2
4	Résiliation	2
III	Primes et participation aux coûts	2
5	Primes	2
6	Participation aux coûts	2
IV	Droits et devoirs des personnes assurées	2
7	Suivi/Soins prodigués par le médecin coordinateur	2
8	Traitements d'urgence	3
9	Traitements auprès du spécialiste	3
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	Protection des données	3
17	Frais	3
V	Disposition finale	3
18	Publication du règlement	3
19	Entrée en vigueur	3

I Dispositions générales

Art. 1 Principes

- 1.1 L'assurance du médecin de famille Profit est une forme d'assurance particulière de l'assurance obligatoire des soins avec choix limité du fournisseur de prestations selon la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (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 Les personnes assurées se déclarent prêtes à faire effectuer tous les traitements et examens par le médecin coordinateur ou à être envoyées par un tel médecin à un tiers. Elles contribuent 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 obligatoire des soins selon la LAMal compte tenu des dispositions limitant l'octroi des prestations (art. 7–15). Sont déterminantes la LAMal et la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) ainsi que les dispositions d'exécution y relatives. Sont également applicables à titre complémentaire les dispositions du règlement pour les assurances selon la LAMal de la CSS Assurance-maladie SA (dénommée ci-après CSS).

Art. 2 Champ d'application

En présence d'une assurance du médecin de famille Profit, 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

Art. 3 Conclusion

Lors de la conclusion de l'assurance, les personnes assurées choisissent un médecin coordinateur sur la liste applicable des médecins CSS pour l'assurance du médecin de famille Profit (appelée ci-après «Liste des médecins CSS»). La liste applicable des médecins CSS est déterminée en fonction du domicile légal de la personne assurée. La conclusion de l'assurance du médecin de famille Profit est toujours effectuée pour le premier jour du mois suivant. Ultérieurement, il est possible de changer de médecin coordinateur (art. 14).

Art. 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 aussi un passage dans l'assurance obligatoire des soins d'un autre assureur, la résiliation entraîne un passage dans l'assurance obligatoire des soins de la CSS.
- 4.2 Si les personnes assurées quittent le champ d'application de la liste des médecins CSS, la sortie de l'assurance du médecin de famille Profit et le passage dans l'assurance obligatoire des soins ont lieu pour le premier du mois suivant. Demeurent réservées les dispositions de l'art. 3.
- 4.3 Si le médecin coordinateur quitte la liste des médecins CSS ou s'il en est exclu, les personnes assurées peuvent, dans le délai d'un mois à partir de la notification écrite de la CSS, désigner comme médecin coordinateur un autre médecin dans la liste applicable des médecins CSS ou

passer dans l'assurance obligatoire des soins de la CSS. Si la personne assurée ne fait pas usage de son droit de choisir dans le délai imparti, elle passe d'office dans l'assurance obligatoire des soins de la CSS.

- 4.4 En cas de violation répétée des devoirs cités aux art. 7.1, 9.1, 10 et 11 ou si les personnes assurées séjournent plus de trois mois à l'étranger, la CSS est habilitée à exclure les personnes concernées de l'assurance du médecin de famille Profit 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 obligatoire des soins de la CSS. La nouvelle conclusion d'un modèle alternatif d'assurance (assurance Cabinets de santé, assurance du médecin de famille Profit ou Callmed) 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, la CSS est habilitée à exclure de l'assurance du médecin de famille Profit 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 obligatoire des soins de la CSS.

III Primes et participation aux coûts

Art. 5 Primes

Les personnes assurées reçoivent un rabais sur la prime de l'assurance obligatoire des soins. Est à chaque fois déterminant le tarif des primes en vigueur.

Art. 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 obligatoire des soins et le règlement pour les assurances selon la LAMal de la CSS.

IV Droits et devoirs des personnes assurées

Art. 7 Suivi/Soins prodigués par le médecin coordinateur

- 7.1 Pour tous les traitements, les personnes assurées doivent toujours s'adresser d'abord à leur médecin coordinateur (sauf art. 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 les personnes assurées font valoir, en dehors des cas cités aux art. 8, 9.2 et 13, directement des traitements ambulatoires ou stationnaires sans que leur médecin coordinateur en ait donné l'ordre préalablement, la CSS rembourse les coûts ou sanctionne comme suit:
 - a) A la première infraction aux règles, elle envoie un rappel par écrit, qui avertit des sanctions en cas de récidive.
 - b) Dès la deuxième infraction, la personne assurée doit payer jusqu'à CHF 500 par facture. Le montant à la charge de la personne assurée en raison d'une infraction n'est pas déduit de la franchise ni de la quote-part.
 - c) Par ailleurs, dès la deuxième infraction, la CSS peut transférer la personne assurée, sans autre intervention de cette dernière, dans l'assurance obligatoire des soins de la CSS pour le premier jour du mois suivant. Le montant à la charge de la personne assurée pour cause d'infraction est calculé à partir de toutes les prestations perçues dans le contexte de l'infraction. La sanction s'applique indépendamment de la faute, du moment et de l'âge de la personne assurée.

Art. 8 Traitements d'urgence

- 8.1 Dans une situation d'urgence, les personnes assurées s'adressent à leur médecin coordinateur. Si celui-ci ne peut être joint, elles s'adressent au centre de conseil médical mandaté par la CSS (le numéro de téléphone est imprimé sur la carte d'assuré) ou au choix au suppléant 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, les personnes assurées sont tenues d'informer le médecin coordinateur à la première occasion venue ou de le faire informer. Si une consultation de contrôle s'avérait nécessaire par la suite, c'est le médecin coordinateur qui devrait 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.

Art. 9 Traitements auprès du spécialiste

- 9.1 Si les personnes assurées sont envoyées, par leur médecin coordinateur, chez un spécialiste et si celui-ci recommande un traitement plus approfondi ou une intervention chirurgicale, les personnes assurées sont tenues d'informer à l'avance leur médecin coordinateur ou de le faire informer et de solliciter son accord.
- 9.2 Les personnes assurées sont libres de choisir les médecins spécialistes suivants:
- Ophtalmologues (spécialistes en ophtalmologie)
 - Gynécologues (spécialistes en gynécologie et obstétrique).

Art. 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 (excepté art. 8, 9 et 13). Le médecin coordinateur constate la nécessité d'une hospitalisation et transfère les personnes assurées à l'hôpital.

Art. 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.

Art. 12 Médicaments

La personne assurée s'engage à demander systématiquement un médicament avantageux appartenant au groupe de substances actives prescrites médicalement. C'est la liste 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. Si la personne assurée opte pour un médicament figurant sur la liste des génériques de l'OFSP avec une quote-part plus élevée (40%), pour lequel une variante plus avantageuse est proposée, les coûts ne sont remboursés qu'à hauteur de 50%.

Cette 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 présentée lors du décompte des prestations.

Art. 13 Remplaçant

En cas d'absence du médecin coordinateur choisi, les personnes assurées doivent s'adresser au centre de conseil mandaté par la CSS (le numéro de téléphone figure sur la carte d'assurance) ou au représentant du

médecin coordinateur (sauf art. 8). Si l'absence se prolonge, les personnes assurées peuvent désigner un autre médecin coordinateur sur la liste des médecins CSS correspondante.

Art. 14 Changement du médecin coordinateur

Les personnes assurées peuvent, 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 CSS correspondante. Elles communiquent cette information avant le changement à l'ancien médecin coordinateur et à l'agence compétente.

Art. 15 Listes

- 15.1 Les listes valables citées dans ce règlement sont publiées sur Internet (www.css.ch) et peuvent aussi être demandées à l'agence compétente.
- 15.2 Sont toujours déterminantes les listes valables au moment du traitement.
- 15.3 La CSS peut adapter chaque année les listes citées dans le règlement (exception: liste des génériques selon l'art. 12.1).

Art. 16 Protection des données

La protection des données est régie par la LAMal, la LPGA et la loi fédérale du 25 septembre 2020 sur la protection des données.

Dans l'assurance du médecin de famille Profit, les données contractuelles et de santé nécessaires sont communiquées au médecin de famille ou coordinateur et à d'éventuels tiers, en particulier aux spécialistes, hôpitaux et autres personnes et institutions impliquées dans des prestations médicales ou organisationnelles fournies, en vue d'exécuter le contrat ou en cas de changement de médecin coordinateur.

Ce modèle d'assurance exige que le médecin de famille ou coordinateur et des tiers éventuels communiquent à la CSS les données concernant le diagnostic, le traitement et les factures des personnes assurées.

Le traitement des données par la CSS est en outre expliqué dans la déclaration de protection des données de la CSS (css.ch/protection-donnees).

Art. 17 Frais

La personne assurée a plusieurs possibilités de payer ses primes et ses participations aux coûts sans frais. La CSS peut facturer à la personne assurée les frais de guichet de la Poste (office de poste ou autres points d'accès physiques de la Poste).

V Disposition finale

Art. 18 Publication du règlement

De plus amples informations et des communications officielles, telles que des modifications apportées au présent règlement, sont publiées sur la page d'accueil du site de l'assureur et dans le magazine clients. Le présent règlement est publié sur le site Internet ou disponible en agence.

Art. 19 Entrée en vigueur

Ce règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

