

Assurance du médecin de famille Profit

Règlement (LAMal) Edition 01.2018

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
Art. 1	Principes	2
Art. 2	Champ d'application	2
II	Rapport d'assurance	2
Art. 3	Conclusion	2
Art. 4	Résiliation	2
III	Primes et participation aux coûts	2
Art. 5	Primes	2
Art. 6	Participation aux coûts	2
IV	Droits et devoirs des personnes assurées	2
Art. 7	Suivi / Soins prodigués par le médecin coordinateur	2
Art. 8	Traitements d'urgence	2
Art. 9	Traitements auprès du spécialiste	3
Art. 10	Transfert dans un hôpital	3
Art. 11	Cures thermales et cures	3
Art. 12	Médicaments	3
Art. 13	Remplaçant	3
Art. 14	Changement du médecin coordinateur	3
Art. 15	Listes	3
Art. 16	Echange de données	3
V	Disposition finale	3
Art. 17	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 l'Arcosana SA (dénommée ci-après Arcosana).

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 l'Arcosana.
- 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 l'Arcosana, désigner comme médecin coordinateur un autre médecin dans la liste applicable des médecins CSS ou passer dans l'assurance obligatoire des soins de l'Arcosana. Si la personne assurée ne fait pas usage de son

4.4

droit de choisir dans le délai imparti, elle passe d'office dans l'assurance obligatoire des soins de l'Arcosana.

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, l'Arcosana 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 l'Arcosana. 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, l'Arcosana 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 l'Arcosana.

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 l'Arcosana.

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, elles assument l'ensemble des frais qui y sont liés.

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 l'Arcosana (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 (20%), 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 l'Arcosana (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 L'Arcosana peut adapter chaque année les listes citées dans le règlement (exception: liste des génériques selon l'art. 12.1).

Art. 16 Echange de données

En concluant une assurance du médecin de famille Profit, 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 facture de leurs soins médicaux. Cette forme d'assurance exige, en outre, un échange de données entre le médecin coordinateur, la Arcosana SA et des éventuels tiers. Il s'agit de données concernant le diagnostic et le traitement des personnes assurées ainsi que la facturation. Ces données seront 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 lors d'un changement du médecin coordinateur.

V Disposition finale

Art. 17 Entrée en vigueur

Ce règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.



CSS

Assurance