

Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal

Article 1 Le champ d'application des conditions d'assurance

- 1.1 Les droits et obligations de l'assuré et de l'assureur relèvent de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), ainsi que de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Les présentes conditions générales d'assurance sont émises en complément et dans le respect de la législation précitée.
- 1.2 Les présentes conditions générales d'assurance, ainsi que les conditions spéciales qui leur sont subordonnées sont applicables aux assurés individuels et collectifs d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura »).
- 1.3 Si des dérogations aux conditions générales ou spéciales sont prévues pour un cercle déterminé d'assurés, elles doivent faire l'objet d'un contrat d'assurance collective.
- 1.4 Les modifications des conditions générales et spéciales d'assurance sont communiquées aux assurés sous pli simple. Par le paiement d'un bulletin de primes portant mention spéciale à cet effet, les assurés attestent avoir reçu et pris connaissance des nouveaux textes. Il leur appartient, à défaut de réception desdits textes, d'en demander l'envoi complémentaire dans les 20 jours suivant la réception dudit bulletin de primes.

Article 2 L'objet de l'assurance

- 2.1 Les conditions spéciales d'assurance régissent les prestations accordées pour chaque catégorie et forme d'assurance souscrite par l'assuré. Elles doivent être jointes aux conditions générales d'assurance et font partie intégrante de ces dernières.
- 2.2 En principe, la couverture d'assurance prévoit les risques de maladie et d'accident. Sur demande de l'assuré et si ce dernier apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA, Assura procède à la suspension du risque accident et réduit la prime en conséquence.

Article 3 Les personnes assurables - La qualité d'assuré

- 3.1 Les personnes soumises à l'obligation d'assurance d'office ou sur requête de leur part (article 3 LAMal) peuvent souscrire une assurance à la condition de remplir et de signer une formule de demande d'admission.
- 3.2 Assura peut refuser la candidature d'une personne non soumise à l'obligation d'assurance qui a été exclue, pour de justes motifs, par un assureur reconnu par la Confédération.
- 3.3 Lorsqu'Assura agréée la demande d'admission d'un candidat, ce dernier acquiert la qualité d'assuré.

Article 4 Les réserves

- 4.1 L'assurance facultative d'indemnités journalières (catégorie Indemnia) peut être grevée de réserves lorsque, au moment de l'admission, l'assuré est malade ou lorsque des maladies antérieures sont, selon l'expérience, susceptibles de rechutes.
- 4.2 S'il n'est pas possible de se déterminer à la seule vue du questionnaire médical complété par le candidat à l'assurance, Assura peut demander des renseignements médicaux supplémentaires ou faire passer une visite médicale dont elle supporte les frais. A cet effet, le candidat délègue le personnel médical ou paramédical du secret professionnel sur son état de santé antérieur.
- 4.3 La durée d'une réserve est au plus de cinq ans à dater de son introduction.
- 4.4 Dans les 10 jours qui suivent la communication d'une réserve, le candidat a la faculté de renoncer à son affiliation par simple lettre adressée à Assura.

Article 5 Le droit aux prestations

- 5.1 Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus par la loi, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable.
- 5.2 Les cas particuliers des ressortissants suisses ou étrangers soumis d'office ou sur requête de leur part à l'assurance obligatoire des soins sont réglés dans le chapitre premier de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal).
- 5.3 En cas de changement d'assureur, le droit aux prestations est acquis à la date à partir de laquelle prend fin la couverture d'assurance de l'assureur précédent.
- 5.4 Les cas d'incapacité de travail, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale et de cure balnéaire doivent faire l'objet d'une annonce expresse auprès de l'assureur.
- 5.5 L'assuré ne peut prétendre l'allocation des prestations souscrites lorsqu'elles sont supérieures aux frais effectifs ou à la perte de gain à prendre en considération (surassurance).

Article 6 La fin du droit aux prestations - La suspension de la couverture des accidents - La suspension de l'assurance durant le service militaire

- 6.1 Dans tous les cas, le droit aux prestations s'éteint à la date de fin d'affiliation. L'assuré ne peut prétendre une indemnisation au-delà de cette date, même pour un cas en cours.
- 6.2 Est réservé le cas de la suspension de la couverture des accidents, si l'assureur est appelé à prendre en charge les coûts des suites d'accidents qu'il assurait avant la suspension de la couverture.

- 6.3 Lorsque l'assuré, son employeur ou l'assurance chômage sont rendus responsables d'un défaut de couverture d'assurance accident, ils sont appelés à payer la part de prime afférente, y compris les intérêts moratoires. En une telle occurrence, l'assureur peut compenser une telle redevance par déduction sur d'éventuelles prestations dues.
- 6.4 L'assuré, soumis à la Loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM) pour plus de 60 jours consécutifs, peut demander la suspension de l'assurance obligatoire des soins. Il doit apporter la preuve qu'il sera soumis à l'assurance militaire pour plus de 60 jours consécutifs. Les prestations ne sont pas dues pendant cette période.

Article 7 La police d'assurance

- 7.1 Une police d'assurance, accompagnée des conditions d'assurance, est remise à chaque assuré. Elle déploie ses effets, quant aux primes, dès le 1er jour du mois d'affiliation.
- 7.2 Elle sert de base aux prétentions de l'assuré envers Assura et justifie de sa qualité d'assuré à l'égard des fournisseurs de soins.

Article 8 Les risques non assurés La suspension du droit aux prestations

- 8.1 Les prestations ne sont pas accordées :
- pour les maladies et accidents faisant l'objet d'une réserve au sens de l'article 4 ci-dessus ou qui auraient pu le faire si des éléments d'appréciation n'avaient été dissimulés au moment de l'admission (réticence). En cette dernière occurrence, Assura peut - si cela se justifie - introduire une réserve rétroactive, voire prononcer une sanction proportionnée à la faute commise;
 - pour les traitements non scientifiquement reconnus et les mesures propres à leur application;
 - pour les maladies et accidents causés volontairement par l'assuré, résultant d'un acte délictueux ou survenant dans le cadre d'une bagarre;
 - pour les maladies et accidents résultant d'un acte téméraire ou d'une faute grave de l'assuré, à moins qu'Assura ne réduise simplement ses prestations au regard de la faute commise, selon le principe de la proportionnalité.
- 8.2 Les prestations peuvent être réduites et, dans les cas particulièrement graves, refusées :
- en cas d'avis tardif d'incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident;
 - lorsque, sans autorisation d'Assura, l'assuré, au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité des fournisseurs de soins, change de thérapeute en cours de traitement;
 - lorsqu'il consulte un praticien exerçant dans un autre canton que celui de son lieu de domicile. Dans ce cas, l'assuré a droit au plus à l'équivalent des prestations fixées par le tarif en vigueur dans son canton de domicile. Les règles relatives à l'adhésion à des réseaux de santé restent réservées;
 - en cas de transgression des dispositions légales, des conditions d'assurance, de dol ou d'abus.

Article 9 Le caractère économique et la qualité des prestations (article 56 LAMal)

A la condition qu'une communication de sa décision soit faite aux assurés en temps utile, Assura peut suspendre ses prestations jusqu'à droit connu pour les traitements effectués ou prescrits par des fournisseurs de soins dont la pratique fait l'objet d'une dénonciation devant une instance de conciliation ou un tribunal arbitral. Cette mesure est valable jusqu'à publication de la décision de l'organisme disciplinaire ou du jugement du tribunal arbitral. L'assureur est tenu de faire connaître à ses assurés la levée de ladite mesure.

Article 10 Les prestations à l'étranger

- 10.1 En cas de séjour temporaire à l'étranger d'assurés soumis à l'obligation d'assurance, Assura n'alloue en principe ses prestations que pour les seuls frais de traitements d'urgence. Cette disposition est sans autre valable pour une durée de 6 mois au plus. Pour une plus longue période, une autorisation formelle peut être accordée sur demande.
- 10.2 L'assureur n'est en mesure d'allouer ses prestations, au sens de l'article 36 OAMal, que sur la base de factures originales détaillées mentionnant les dates des traitements, le diagnostic, les prestations médicales fournies, le montant correspondant à chaque prestation, ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins étrangers. En cas de besoin, l'assureur peut exiger une traduction dans une des langues nationales ou en anglais des documents établis dans une autre langue.
- 10.3 Lorsqu'un assuré se rend à l'étranger pour se faire soigner, les prestations ne sont pas dues. Les cas d'exception prévus par la loi restent toutefois réservés.
- 10.4 Pour les frontaliers, les prestations sont octroyées lorsqu'ils se font soigner dans la zone frontalière ou en Suisse. Pour le surplus et par analogie hors de la zone frontalière, les chiffres 10.1 à 10.3 ci-dessus sont applicables.

Article 11 La cession et la mise en gage (abrogé)

Article 12 Les renseignements médicaux

- 12.1 L'assuré est tenu de communiquer à Assura tous les éléments nécessaires à la liquidation d'un cas le concernant. Dans ce but, il délègue au besoin les fournisseurs de soins du secret professionnel.
- 12.2 A ses frais, Assura a la possibilité de faire examiner un assuré par son médecin-conseil ou un thérapeute de son choix.

Article 13 La subsidiarité

- 13.1 En toute circonstance, l'assuré doit informer Assura s'il touche des prestations de tiers, assureurs ou non.
- 13.2 Les obligations d'Assura, en tant qu'institution d'assurance sociale, sont subsidiaires aux obligations de tiers, assureurs ou non. En conséquence, Assura n'alloue ses prestations qu'à la condition que le tiers ait payé les siennes à concurrence de ses obligations.
- 13.3 Si un tiers conteste sa responsabilité, Assura peut faire une avance à un assuré, qui lui cède alors ses droits, afin de ne pas le laisser dans des difficultés pécuniaires. Cette manière de faire ne porte pas préjudice à la situation préférentielle définie au chiffre 13.2 ci-dessus.

- 13.4 En cas de concours avec d'autres assureurs sociaux, les prestations sont versées selon les règles définies aux articles 63 à 71 LPGA et 110 à 116 de l'OAMal.
- 13.5 Dans tous les cas, Assura veille à ce que l'assurance ne constitue pas une source de gain pour les assurés, qui doivent rembourser les prestations indûment touchées.

Article 14 Les modifications de la police d'assurance

- 14.1 En cours d'affiliation, l'assuré peut demander une modification de sa police d'assurance à la condition qu'il satisfasse, en cas d'augmentation du risque assuré, aux exigences prévues pour une admission.
- 14.2 L'adaptation de la police d'assurance en principe prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la réception par Assura de la demande de modification. Restent toutefois réservées les modalités d'adaptation de franchise et de changement de forme d'assurance conformément aux conditions spéciales de l'assurance obligatoire des soins avec franchises à option et de l'assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (réseaux de santé).

Article 15 Les primes

- 15.1 Les primes sont payables d'avance aux échéances convenues.
- 15.2 D'entente avec l'OFSP, Assura peut modifier ses primes d'assurance, dans le sens d'une augmentation ou d'une diminution, chaque fois que sa situation économique l'exige ou le permet.
- 15.3 En cas de paiement anticipé des primes, l'assuré peut bénéficier d'un rabais fixé en accord avec l'OFSP.
- 15.4 Les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires de 5% par année.

Article 16 La résiliation

- 16.1 A la condition d'en faire la demande sous pli recommandé au moins 3 mois avant, l'assuré peut renoncer à son affiliation pour la fin d'un semestre civil.
- 16.2 Demeurent réservées les conditions spéciales de l'assurance obligatoire des soins avec franchises à option et de l'assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (réseaux de santé).
- 16.3 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.

Article 17 La mise en demeure - La radiation - La négligence

- 17.1 L'assuré qui, après rappel, ne s'acquitte pas de ses redevances fait l'objet d'une mise en demeure. Si cette sommation n'est pas suivie d'un paiement intégral dans les 5 jours, l'assuré devient immédiatement redevable des primes dues jusqu'à la prochaine échéance et une procédure de recouvrement par voie de poursuite ou faillite est introduite. En cas d'opposition au commandement de payer, l'assureur prononcera, en application de l'article 79 LP et sous forme de décision sujette à opposition au sens de l'article 52 LPGA, la levée d'opposition jusqu'à concurrence du montant dû. L'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement, de fr. 10.- et de fr. 30.-.

- 17.2 Lorsqu'une procédure de poursuite ne peut pas être engagée contre un assuré qui n'est pas soumis à la législation suisse sur l'aide sociale ou qu'elle n'aboutit pas au paiement des primes ou participations aux coûts, l'assureur peut mettre fin aux rapports d'assurance, après une sommation écrite dans laquelle il avertit l'assuré des conséquences de son omission.
- 17.3 Lorsque par négligence ou attitude fautive l'assuré provoque des frais administratifs onéreux, il peut être appelé à en supporter les conséquences financières.

Article 18 Les voies de droit

- 18.1 Lorsque l'assuré conteste la position de l'assureur, il peut exiger qu'une décision lui soit notifiée. L'assureur est tenu de la rendre dans les 30 jours.
- 18.2 Toute décision peut être attaquée, dans les 30 jours, par voie d'opposition auprès de l'assureur.
- 18.3 Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées par la voie du recours de droit administratif. Le recours doit être déposé dans les 30 jours à partir de la notification de la décision rendue sur opposition devant le tribunal des assurances désigné par chaque canton.

Entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1er janvier 2013.

Assura-Basis SA

NB : l'assurance facultative d'indemnités journalières (art. 67 à 77 LAMal)

les articles 4, 8.1 lettres a), c) et d), 8.2, lettre a) et 14.1 des conditions générales énoncées ci-dessus ne s'appliquent qu'à l'assurance facultative d'indemnités journalières.