

## Conditions particulières de l'assurance BasicPlus

**RA**

RAGM01-F6 – Edition 01.01.2012

### Table des matières

<b>Art. 1</b>	Modèle d'assurance	<b>Art. 9</b>	Primes
<b>Art. 2</b>	Principes de l'assurance	<b>Art. 10</b>	Conséquences du non-respect des principes du modèle d'assurance
<b>Art. 3</b>	Affiliation	<b>Art. 11</b>	Période de référence
<b>Art. 4</b>	Résiliation et fin de la couverture d'assurance	<b>Art. 12</b>	Factures et avis de délégation
<b>Art. 5</b>	Devoirs de l'assuré	<b>Art. 13</b>	Retrait du modèle d'assurance
<b>Art. 6</b>	Traitement par un spécialiste	<b>Art. 14</b>	Entrée en vigueur
<b>Art. 7</b>	Hospitalisation		
<b>Art. 8</b>	Transmission et exploitation des données personnelles		

### Art. 1 Modèle d'assurance

L'assurance BasicPlus est une forme particulière d'assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations au sens de l'art. 41 al. 4 LAMal et des art. 99 à 101 OAMal.

### Art. 2 Principes de l'assurance

1. L'assurance BasicPlus se fonde sur le principe du modèle de médecin de premier recours (ci-après MPR). Celui-ci est membre d'un réseau de soins et fournit les soins de base, coordonne le suivi des traitements et oriente, au besoin, l'assuré vers le fournisseur de soins approprié.
2. Le rapport de confiance prévalant entre médecin et patient, de même que la responsabilité personnelle sont renforcés grâce à l'ensemble des soins et conseils fournis à l'assuré.
3. Le réseau de soins est constitué d'un ensemble de fournisseurs de prestations, réunis dans le but de travailler en étroite collaboration, visant une médecine de qualité à des coûts maîtrisés.
4. Les frais de traitement sont remboursés par l'assureur sous déduction de la participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal.

### Art. 3 Affiliation

1. Toute personne domiciliée dans les régions où l'assureur pratique l'assurance BasicPlus peut y adhérer.
2. L'adhésion est possible en tout temps pour le premier jour d'un mois.

### Art. 4 Résiliation et fin de la couverture d'assurance

1. Le passage à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une

année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'article 7, al. 1 et 2 LAMal. En cas de retard de paiement des primes, les dispositions de l'article 1051 OAMal sont réservées pour le changement d'assureur.

2. L'affiliation à l'assurance BasicPlus prend fin lorsque:
  1. l'assuré transfère son domicile dans une région où l'assurance BasicPlus n'est pas proposée;
  2. le MPR choisi par l'assuré ne peut plus coordonner les soins requis par l'état de santé de l'assuré (notamment en cas de traitement par un médecin de l'établissement médico-social dans lequel la personne assurée séjourne);
  3. le MPR choisi par l'assuré n'a plus de relation contractuelle avec l'assureur.

Dans ces cas, l'assuré est transféré, en fonction de sa franchise, dans une assurance de soins ordinaire ou avec une franchise à option, pour le 1<sup>er</sup> jour du mois, moyennant un préavis de 30 jours.

Demeure réservé, pour les points 2.2 et 2.3 ci-dessus, le choix par l'assuré d'un nouveau MPR membre du réseau dans un délai de 30 jours après communication par l'assureur.

### Art. 5 Devoirs de l'assuré

1. Choix du MPR  
Au moment de son affiliation, l'assuré doit choisir son MPR parmi les médecins reconnus par l'assureur dans le cadre de l'assurance BasicPlus.
2. Consultation du MPR  
Pour tout problème de santé, l'assuré doit contacter en priorité son MPR.
3. Consultation d'un autre fournisseur de soins  
Le recours à un autre fournisseur de soins (médecin, hôpital, etc.), nécessite le consentement préalable du MPR (délégation).

#### 4. Procédure en cas d'urgence

En cas d'urgence, l'assuré doit contacter son MPR (le cas échéant, le représentant désigné par celui-ci). Demeurent toutefois réservés les cas pour lesquels l'intervention immédiate d'un tiers (médecin ou service d'urgences) s'avère indispensable pour des raisons médicales et de rapidité d'intervention; dans ce cas, l'assuré est tenu d'en informer son MPR dès que possible et de lui faire suivre une attestation ou un rapport médical. Il est impératif que la suite du traitement soit dispensée par le MPR.

#### 5. Changement du MPR

Un changement du MPR est possible. Tout changement de MPR doit être justifié par écrit et soumis à l'autorisation préalable de l'assureur. Une liste avec les MPR de l'assurance BasicPlus est disponible auprès de l'assureur.

### Art. 6 Traitement par un spécialiste

1. Pour tout traitement médical dispensé par un spécialiste, il est nécessaire que le MPR établisse un avis de délégation.
2. L'assuré conserve le libre accès aux spécialistes mentionnés ci-dessous. Un avis de délégation n'est donc pas nécessaire dans les cas suivants:
  1. ophtalmologues (pour examen de la vue à titre diagnostique ou thérapeutique)
  2. gynécologues (pour examen gynécologique préventif)
  3. obstétriciens (pour contrôle de grossesse)

### Art. 7 Hospitalisation

Toute hospitalisation ou traitement semi-stationnaire ainsi que cures balnéaires et de repos doivent au préalable être discutées avec le MPR, qui doit donner son accord (avis de délégation).

### Art. 8 Transmission et exploitation des données personnelles

1. L'assuré autorise l'assureur, dans les limites fixées par la loi, à transmettre des données de facturation le concernant à son MPR ou à des tiers chargés par ce dernier du traitement informatique des données ou de la gestion du réseau. De même, l'assuré autorise, dans les limites fixées par la loi, l'exploitation de ces données par son MPR, par les tiers chargés par ce dernier du traitement informatique des données ou de la gestion du réseau, ou par l'assureur.
2. Dans tous les cas, l'accès aux données se limite strictement aux seules informations pertinentes pour permettre le bon fonctionnement du réseau, notamment pour la vérification du respect des principes de l'assurance.

### Art. 9 Primes

1. Dans le cadre de l'assurance BasicPlus, un rabais est octroyé par rapport à la prime de l'assurance des soins ordinaire ou avec franchise à option.
2. Si, au cours de la période de référence (cf. art. 11), l'assuré a rempli les conditions mentionnées aux art. 5, 6 et 7 des présentes conditions particulières, il bénéficie l'année suivante d'un rabais supplémentaire, pour autant que le 3ème échelon de primes ne soit pas déjà atteint (cf. point 3 ci-après)
3. Exprimé sous forme d'unités de bonus, ce rabais détermine le niveau de la prime selon le tableau suivant:

Rabais octroyé	Echelon de primes
Rabais de base	1
Rabais de base + 1 x bonus	2
Rabais de base + 2 x bonus	3

### Art. 10 Conséquences du non-respect des principes du modèle d'assurance

1. En cas de prestations fournies à l'assuré, il est vérifié si ce dernier a respecté les principes d'assurance énumérés aux art. 5, 6 et 7 des présentes conditions particulières.
2. Si, au cours de la période de référence, l'assuré contrevient, à une ou deux reprises, aux conditions particulières, la prime de l'année civile suivante est calculée d'après le même échelon que celui de l'année civile en cours.
3. Si, au cours de la période de référence, l'assuré contrevient à plus de deux reprises aux conditions particulières, il est exclu de l'assurance BasicPlus pour la fin d'un mois, moyennant un préavis de 30 jours.  
L'assuré est alors transféré, en fonction de sa franchise, dans l'assurance de soins ordinaire ou avec franchise à option.

### Art. 11 Période de référence

1. La période du 1<sup>er</sup> octobre au 30 septembre est considérée comme période de référence.
2. Pour établir si l'assuré a respecté les principes définis dans les présentes conditions particulières au cours de la période de référence, est déterminante la date de paiement de la prestation par l'assureur.

### Art. 12 Factures et avis de délégation

1. Les avis de délégation (cf. art. 5) sont transmis à l'assureur par le MPR, l'assuré lui-même ou une tierce personne à sa place.
2. Les factures en tiers garant des médecins, des établissements hospitaliers ou d'autres fournisseurs de prestations doivent être transmises à l'assureur par l'assuré pour remboursement, au plus tard 30 jours après la date de l'établissement de la facture, ainsi que les avis de délégation y relatifs.

3. La date de paiement de la prestation par l'assureur est déterminante pour l'attribution des éventuels points de pénalité à la période de référence.

### **Art. 13 Retrait du modèle d'assurance**

L'assureur peut retirer le modèle d'assurance BasicPlus. Dans ce cas, l'assuré est transféré, en fonction de sa franchise, dans une assurance de soins ordinaire ou avec une franchise à option.

### **Art. 14 Entrée en vigueur**

Les présentes conditions particulières assorties des dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (CGA) entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Elles peuvent être à tout moment modifiées par l'assureur.