



Assurance de santé HMO

Règlement complémentaire Assurance de santé HMO et Conditions particulières d'assurance (CPA) pour les assurances complémentaires des assurés HMO

Règlement complémentaire Assurance de santé HMO

I.	Dispositions générales	Art.	
	Principes		1
	Domaine d'application		2
II.	Rapport d'assurance		
	Conclusion		3
	Résiliation		4
III.	Primes et participations aux coûts		
	Primes		5
	Participations aux coûts		6
IV.	Droits et obligations des assurés HMO		
	Prise en charge et soins par le médecin HMO de l'organisation de la santé HMO		7
	Traitements d'urgence		8
	Traitements auprès d'un spécialiste		9
	Hospitalisation		10
	Cures balnéaires		11
	Obligation de déclarer en cas d'accident		12
	Changement d'organisation de la santé HMO		13
	Droit de consultation du dossier		14
V.	Disposition finale		
	Entrée en vigueur		15

Règlement complémentaire Assurance de santé HMO

I. Dispositions générales

1 Principes

1.1 L'assurance de santé HMO est une forme particulière de l'assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. L'organisation de la santé HMO assure l'intégralité de la prise en charge et du traitement des assurés HMO pour toutes les questions ayant trait à leur santé.

1.2 Les assurés HMO se déclarent prêts à confier tous leurs traitements et examens médicaux à l'organisation de la santé HMO désignée ou à se laisser diriger par cette dernière vers des tiers. Ils contribuent ainsi à une prise en charge médicale tenant compte des coûts.

1.3 Les prestations garanties par l'assurance de santé HMO correspondent à celles de l'assurance obligatoire des soins, sous réserve des dispositions restrictives relatives à l'octroi des prestations (art. 7ss).

1.4 La protection des données est garantie dans le cadre de l'assurance de santé HMO.

1.5 L'assureur et le médecin HMO doivent se transmettre réciproquement les données nécessaires à la réalisation de cette forme particulière d'assurance. Ils ont réciproquement accès à toutes les factures reçues. Ces données sont analysées dans le cadre de l'assurance de santé HMO. L'assureur peut mandater un spécialiste externe à cet effet, pour autant qu'il soumette ce dernier aux obligations en matière de protection des données.

2 Domaine d'application

2.1 Les dispositions restrictives relatives à l'octroi des prestations dans le cadre de l'assurance de santé HMO s'appliquent également aux éventuelles assurances complémentaires conclues auprès de l'assureur. Les Conditions d'assurance des assurances complémentaires correspondantes sont applicables.

2.2 Dans la mesure où les présentes dispositions ne prévoient pas de réglementation divergente, les dispositions des statuts et celles du Règlement Assurance obligatoire des soins de l'assureur sont applicables.

Conditions particulières d'assurance (CPA) pour les assurances complémentaires des assurés HMO

I.	Dispositions générales		
	Principes		1
	Domaine d'application		2
II.	Prestations		
	Principe		3
III.	Primes et participations aux coûts		
	Primes		4
	Participations aux coûts		5

II. Rapport d'assurance

3 Conclusion

- 3.1 Peuvent conclure l'assurance de santé HMO toutes les personnes assurées dont le domicile de droit civil est situé dans le rayon d'activité régional de l'organisation de la santé HMO correspondante. La conclusion de l'assurance de santé HMO prend effet le 1^{er} du mois suivant.
- 3.2 Lors de la conclusion de l'assurance de santé HMO, les assurés HMO choisissent, pour autant qu'une possibilité de choix existe, une organisation de la santé HMO régionale. Un changement ultérieur dans une autre organisation de la santé HMO est possible (art.13).
- 3.3 Lorsque l'organisation de la santé HMO ne peut prodiguer les soins médicaux requis (p. ex. lorsque le médecin HMO ne peut influencer sur le traitement de la personne assurée), l'assurance de santé HMO ne peut pas être conclue.

4 Résiliation

- 4.1 Le passage à une autre forme d'assurance ou le changement d'assureur peut être déclaré pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois.
- 4.2 Le déménagement hors du rayon d'activité de l'organisation de la santé HMO entraîne la sortie de l'assurance de santé HMO et le transfert dans l'assurance obligatoire des soins au 1^{er} du mois suivant.
- 4.3 Lorsque l'organisation de la santé HMO ne peut plus prodiguer les soins médicaux requis (p. ex. lorsque le médecin HMO ne peut plus influencer sur le traitement médical d'un assuré), l'assureur est en droit d'exclure ces assurés HMO de l'assurance HMO pour la fin d'un mois civil, moyennant un délai de 30 jours. Cette exclusion entraîne automatiquement le transfert dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur. L'autorisation pour une affiliation ultérieure à l'assurance de santé HMO demeure réservée. Cette réglementation s'applique aussi aux assurés qui séjournent plus de trois mois à l'étranger ou en cas de non respect réitéré des dispositions réglementaires.

III. Primes et participations aux coûts

5 Primes

Les assurés HMO bénéficient d'un rabais sur la prime de l'assurance obligatoire des soins. Le tarif de primes correspondant en vigueur fait foi.

6 Participations aux coûts

La perception de la franchise et de la quote-part en cas de traitement ambulatoire et stationnaire, ainsi que la contribution aux frais d'un séjour hospitalier, se basent sur les dispositions légales de l'assurance

obligatoire des soins et les conditions d'assurance correspondantes de l'assureur. La prime HMO (prime ordinaire diminuée du rabais selon l'art. 5) sert de base pour le calcul de la réduction des primes pour les assurances avec franchise à option.

IV. Droits et obligations des assurés HMO

7 Prise en charge et soins par le médecin HMO de l'organisation de la santé HMO

- 7.1 Pour tous les traitements, les assurés HMO s'adressent toujours en premier lieu à leur médecin HMO ou à son remplaçant au sein de l'organisation de la santé HMO. Font exception les examens gynécologiques préventifs et les soins obstétricaux, ainsi que les examens chez l'ophtalmologue uniquement pour la prescription de lunettes ou de lentilles de contact. Le médecin HMO veille, en cas de besoin, au traitement adéquat et à la prise en charge par d'autres médecins ou membres du personnel paramédical.
- 7.2 Les assurés HMO qui, en dehors d'une situation d'urgence, ont directement recours à des traitements ambulatoires ou stationnaires sans prescription préalable de leur médecin HMO, supportent eux-mêmes l'intégralité des frais qui en découlent.
- 7.3 Les assurés HMO doivent informer les médecins ou thérapeutes consultés en dehors de l'organisation de la santé HMO, qu'ils sont assurés HMO.

8 Traitements d'urgence

- 8.1 En cas d'urgence, les assurés HMO s'adressent à leur organisation de la santé HMO ou si celle-ci ne peut être atteinte, au service régional d'urgence du lieu de domicile, le cas échéant, du lieu de séjour.
- 8.2 Si pour une raison d'urgence, une hospitalisation ou un traitement auprès d'un médecin d'urgence sont nécessaires, les assurés HMO sont tenus d'en informer ou de faire informer dès que possible l'organisation de la santé HMO et de lui remettre une attestation établie par le médecin du service d'urgence.

9 Traitements auprès d'un spécialiste

Si les assurés HMO sont adressés par leur médecin HMO à un médecin spécialiste et que celui-ci leur recommande un traitement plus étendu ou une intervention chirurgicale, les assurés HMO sont tenus d'en informer ou de faire informer au préalable leur médecin HMO et d'obtenir son assentiment.

10 Hospitalisation

Les hospitalisations stationnaires ou semi-hospitalières doivent être ordonnées par le médecin HMO ou avoir lieu avec son assentiment, (exception faite des cas d'urgence de l'art. 8). Le médecin HMO constate la nécessité de l'hospitalisation et adresse les assurés HMO à un établissement hospitalier.

11 Cures balnéaires

Les cures balnéaires doivent être prescrites par le médecin HMO ou avoir lieu avec son assentiment, pour autant que l'assuré HMO fasse valoir son droit aux prestations d'assurance.

12 Obligation de déclarer en cas d'accident

Les assurés HMO doivent informer leur médecin HMO des accidents dont ils sont victimes et le tenir au courant des traitements, même si ces accidents sont couverts par une assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA).

13 Changement d'organisation de la santé HMO

Les assurés HMO peuvent, pour de justes motifs, changer d'organisation de la santé HMO pour le 1^{er} du mois suivant. Ils en informent l'organisation de la santé HMO dont ils dépendaient jusqu'ici et l'assureur.

14 Droit de consultation du dossier

En concluant l'assurance de santé HMO, les assurés HMO autorisent leur médecin HMO à accéder à toutes les données concernant les traitements et les factures de leurs soins médicaux. En cas de changement d'organisation de la santé HMO, ils autorisent la transmission de ces informations à la nouvelle organisation de la santé HMO, et, pour cela, délient le médecin HMO du secret professionnel.

Important:

Les assurés au bénéfice de l'assurance de santé HMO ont la possibilité de conclure auprès de CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA, les assurances complémentaires selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Pour les assurances complémentaires des assurés HMO, sont toujours applicables, en plus des Conditions générales d'assurance (CGA) et des Conditions complémentaires d'assurance (CCA), les Conditions particulières d'assurance (CPA) suivantes.

V. Disposition finale

15 Entrée en vigueur

- 15.1 Le présent règlement complémentaire a été adopté par le Conseil d'administration le 25 octobre 1996 et entre en vigueur le 1^{er} janvier 1997.
- 15.2 Les modifications du 27 octobre 2000 (art. 1.4, 1.5, 3.3, 4.1, 4.3, 7.1, 7.3, 12, 15) entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2001.
- 15.3 La modification du 19 septembre 2003 (art. 4.1) entre en vigueur le 1^{er} octobre 2003.
- 15.4 Les modifications du 16 septembre 2005 (art. 3.1, 4.2 et 11) entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- 15.5 Les modifications du 4 mai 2007 (utilisation de la nouvelle dénomination «organisation de la santé HMO» dans l'ensemble du règlement complémentaire) entrent en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2007.

Conditions particulières d'assurance (CPA) pour les assurances complémentaires des assurés HMO

I. Dispositions générales

1 Principe

1.1 Les assurés affiliés à l'assurance de santé HMO peuvent conclure des assurances complémentaires; elles ne peuvent toutefois être conclues que conjointement avec une assurance de santé HMO souscrite auprès de CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA, ci-après nommée CONCORDIA, ou auprès d'un assureur qui pratique les assurances complémentaires de CONCORDIA.

1.2 Les assurances complémentaires des assurés HMO sont des formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Les droits et obligations des assurés, tels que définis par le Règlement complémentaire Assurance de santé HMO, sont obligatoirement applicables aux assurances complémentaires. En cas de transfert dans l'assurance obligatoire des soins, les dispositions particulières relatives aux droits et obligations des assurés HMO prennent fin.

2 Domaine d'application

Sous réserve de dispositions divergentes dans les présentes Conditions particulières d'assurance (CPA), les dispositions du Règlement complémentaire Assurance de santé HMO, ainsi que les Conditions générales et complémentaires d'assurance (CGA, CCA) des assurances complémentaires correspondantes sont applicables.

II. Prestations

3 Principe

3.1 Les prestations des assurances complémentaires HMO sont régies par les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) applicables aux assurances complémentaires correspondantes.

3.2 Les dispositions restrictives relatives à l'octroi des prestations, resp. la limitation du choix des fournisseurs de prestations (art. 7 à 13 du Règlement complémentaire Assurance de santé HMO) s'appliquent également par analogie aux prestations des assurances complémentaires des assurés HMO.

III. Primes et participations aux coûts

4 Primes

Les assurés HMO bénéficient d'un rabais sur la prime de l'assurance complémentaire conclue. Le tarif de primes correspondant en vigueur fait foi.

5 Participations aux coûts

La perception de franchises et de quotes-parts en cas de traitement ambulatoire et stationnaire est réglée par les Conditions générales et complémentaires d'assurance (CGA, CCA) applicables aux assurances complémentaires.



Digne de confiance

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch