

Conditions particulières de l'assurance sur le Réseau de santé OPTIMED genevois

RS

RSGMGE-F4 – édition 01.01.2011

Table des matières

Art. 1	Objet de l'assurance	Art. 7	Choix du médecin de premier recours (en particulier)
Art. 2	Conclusion de l'assurance	Art. 8	Sortie du Réseau de santé
Art. 3	Police d'assurance	Art. 9	Perte du droit aux prestations
Art. 4	Prestations	Art. 10	Entrée en vigueur
Art. 5	Participation aux frais		
Art. 6	Choix du fournisseur de soins (en général)		

Art. 1 Objet de l'assurance

1. Dans le but d'offrir à ses assurés des prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières de haute qualité, mais néanmoins économiques, l'assureur met à disposition de ses affiliés un réseau de santé, appelé ci-après Réseau, auquel ils peuvent adhérer au sens des présentes conditions d'assurance.
2. En adhérant au Réseau, l'assuré accepte de se conformer aux droits et aux obligations qui découlent des nécessités de fonctionnement de cette institution, notamment quant au choix des fournisseurs de soins. En contrepartie, il bénéficie des avantages accordés aux adhérents, notamment quant à la réduction de prime qui leur est concédée.
3. Les principes particuliers réglant le fonctionnement du Réseau, l'adhésion et la sortie des assurés ressortissent aux dispositions des articles 41, alinéas 2 et 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal), ainsi que des articles 99 à 101 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (ci-après OAMal). Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

Art. 2 Conclusion de l'assurance

L'assuré peut en tout temps demander son adhésion au Réseau de santé. L'affiliation prend effet le premier du mois qui suit celui de la demande d'adhésion.

Art. 3 Police d'assurance

La qualité d'assuré dans le cadre du Réseau de santé est attestée par la police d'assurance. Elle sert à justifier de l'appartenance au Réseau de santé auprès des fournisseurs de soins et de tout organisme officiel.

Art. 4 Prestations

L'étendue des prestations garantie dans le cadre du Réseau de santé est analogue à celle du catalogue de l'assurance obligatoire des soins (articles 24 à 34 LAMal).

Art. 5 Participation aux frais

L'assuré doit s'acquitter d'une franchise et d'une quote-part sur ses frais de soins selon des normes identiques à celles prévues pour toutes formes d'assurance obligatoire des soins (articles 93, 94, alinéas 1 et 2, et 103 à 105 OAMal).

Art. 6 Choix du fournisseur de soins (en général)

1. Cas d'urgence ou de nécessité médicale réservés (alinéa 4 ci-après), l'assuré est tenu de choisir un fournisseur de soins agréé par le Réseau de santé.
2. Lorsqu'un traitement a été entrepris chez un fournisseur de soins qui n'est plus agréé, l'assuré peut poursuivre le traitement commencé auprès de ce fournisseur, mais pour une durée n'excédant pas deux mois à compter de la perte de l'agrément.
3. L'assuré a l'autorisation de suivre un traitement, de faire procéder à des examens ou des analyses, d'acquérir des médicaments, de se procurer des appareils ou des moyens auxiliaires chez un fournisseur de soins non agréé, lorsqu'il le fait avec la décision expresse de son médecin de premier recours (article 7 ci-après) ou à défaut, du médecin-conseil de l'assureur.
4. En cas d'urgence ou de nécessité médicale fondée au sens de la LAMal, l'assuré peut consulter un fournisseur de soins non agréé, pour autant que son médecin de premier recours (MPR) ne puisse être atteint. Dans ce cas, il ne pourra poursuivre le traitement chez un médecin qui n'est pas son MPR qu'avec l'assentiment de celui-ci ou, à défaut, du médecin-conseil de l'assureur. La durée du traitement ne pourra excéder deux mois.

Art. 7 Choix du médecin de premier recours MPR (en particulier)

1. Le médecin de premier recours est un médecin qui a passé convention avec le réseau OPTIMED dans le but d'assumer la conduite générale du traitement des assurés ayant adhéré au Réseau de santé et d'en superviser les incidences médicales et financières.
2. Lors d'un premier traitement, l'assuré peut s'adresser à un MPR choisi librement parmi ceux qui figurent à ce titre dans une liste établie par l'assureur. Par la suite, il ne pourra en changer qu'avec l'autorisation du médecin-conseil de l'assureur.
3. Cas spéciaux d'urgence ou de nécessité médicale réservés (article 6, alinéas 2 à 4), le MPR est en principe seul habilité à prodiguer des soins en premier lieu, à prescrire d'autres mesures médicales et à adresser son patient chez un spécialiste.
4. Dans les cas particuliers suivants:
 - a. examen de la vue à titre diagnostique ou thérapeutique;
 - b. contrôles gynécologiques et de grossesse;
 - c. premier appel à un spécialiste;l'assuré peut s'adresser à un médecin qui n'est pas MPR. Dans le cas prévu à la lettre c, il prévient le spécialiste qu'il est un adhérent au Réseau de santé et il informe téléphoniquement son MPR, si possible avant le rendez-vous chez le spécialiste mais au plus tard le lendemain de la consultation ainsi entreprise.

Art. 8 Sortie du Réseau de santé

1. Sous réserve de l'alinéa 2 ci-après, l'abandon du système d'assurance du Réseau de santé n'est possible que pour la fin d'une année civile et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission auprès de l'assureur.
2. Un transfert de domicile de l'assuré hors du rayon d'activité du Réseau de santé entraîne en principe l'obligation du passage automatique de l'assuré à une autre forme de l'assurance obligatoire des soins, ceci dans un délai de deux mois à compter de la nouvelle domiciliation, par analogie à l'article 6, alinéa 2 ci-avant.

Art. 9 Perte du droit aux prestations

Lorsque l'assuré ne se conforme pas aux obligations des présentes conditions particulières d'assurance, lorsqu'il entreprend de poursuivre un traitement auprès d'un fournisseur de soins non agréé ou non expressément autorisé, l'assuré perd tout droit aux prestations. Les dérogations prévues aux articles 6, alinéas 2 à 4 et 7, alinéa 4 restent réservées.

Art. 10 Entrée en vigueur

Le présent règlement assorti des dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (CGA) entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Il peut être à tout moment modifié par l'assureur.