

Conditions particulières de l'assurance OptiMed

RSGM02-F5 – édition 01.04.2025

Table des matières

Art. 1	Modèle d'assurance	Art. 8	Parcours de soins et prestations sans franchise ou quote-part
Art. 2	Affiliation	Art. 9	Traitement des données
Art. 3	Résiliation	Art. 10	Primes
Art. 4	Principe de l'assurance	Art. 11	Fin d'affiliation
Art. 5	Devoirs de la personne assurée	Art. 12	Retrait ou modification du modèle d'assurance
Art. 6	Dérogations au principe de l'assurance	Art. 13	Entrée en vigueur
Art. 7	Non-respect des devoirs de la personne assurée		

Les présentes conditions particulières d'assurance sont édictées en complément aux dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (CGA) dont la date d'édition est mentionnée sur le certificat d'assurance.

Art. 1 Modèle d'assurance

L'assurance OptiMed est une forme particulière d'assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations au sens des articles 41 alinéa 4 et 62 LAMal ainsi que des articles 99 à 101a OAMal.

Art. 2 Affiliation

1. Toute personne domiciliée dans les régions où l'assureur pratique l'assurance OptiMed peut y adhérer.
2. Sous réserve de toute disposition contraire prévue dans les présentes conditions, l'affiliation est possible en tout temps si aucun délai légal pour le changement de modèle d'assurance ne s'y oppose.

Art. 3 Résiliation

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 alinéas 1 et 2 LAMal.

Art. 4 Principe de l'assurance

L'assurance OptiMed est fondée sur le principe du médecin de premier recours (ci-après «MPR»). Le MPR peut être une personne physique, un cabinet de groupe ou un centre de télémédecine. Celui-ci fournit les soins de base, coordonne le suivi des traitements et oriente, si nécessaire, la personne assurée vers un autre fournisseur de prestations médicales.

Art. 5 Devoirs de la personne assurée

1. Au moment de son affiliation dans l'assurance OptiMed, la personne assurée choisit un MPR reconnu dans le cadre de l'assurance OptiMed et en communique les coordonnées à l'assureur. La liste des MPR reconnus dans le cadre de l'assurance OptiMed figure sur le site internet www.groupe-mutuel.ch.

2. En dérogation à l'alinéa 1, l'enfant assuré choisit librement un MPR, au moment de son affiliation dans l'assurance OptiMed, parmi tous les médecins autorisés à exercer leur activité en Suisse en vertu de la LAMal et en communique les coordonnées à l'assureur.
3. En cas de problème de santé, la personne assurée s'engage à consulter en premier lieu son MPR.
4. Pour toute consultation d'un autre médecin ou fournisseur de prestations médicales, la personne assurée doit faire parvenir à l'assureur une attestation (bon de délégation) afin de confirmer que cette consultation a été ordonnée par son MPR.
5. Si la personne assurée consulte un autre médecin que le MPR, les contrôles ou traitements délégués par cet autre médecin doivent faire l'objet d'une attestation (bon de délégation) signée par lui.
6. Tout changement de MPR doit être communiqué à l'assureur par la personne assurée avant la première consultation chez ce nouveau MPR.

Art. 6 Dérogations au principe de l'assurance

La personne assurée est libérée des devoirs mentionnés à l'article 5 alinéas 3 à 5 des présentes conditions particulières :

- en cas d'accident ou en cas d'urgence
- La personne assurée doit en informer son MPR dans les 15 jours suivant la consultation.
- Il y a urgence lorsque l'état de la personne assurée est jugé, par elle-même ou par un tiers, comme pouvant mettre sa vie en danger ou comme devant faire l'objet d'un traitement immédiat ;
- pour les contrôles et traitements gynécologiques ;
- pour les contrôles et traitements liés à la grossesse et à l'accouchement ;
- pour les contrôles et traitements ophtalmologiques ;
- pour les contrôles et traitements pédiatriques ;
- pour les traitements dentaires.

Art. 7 Non-respect des devoirs de la personne assurée

1. Après deux rappels au cours d'une année civile pour manquements de la personne assurée à ses devoirs mentionnés à l'article 5 alinéas 3 à 5 des présentes conditions particulières, l'assureur a le droit d'exclure la personne assurée de l'assurance OptiMed pour la fin d'un mois moyennant un préavis de 30 jours. La personne assurée est alors transférée dans le modèle d'assurance obligatoire des soins avec libre choix des fournisseurs de prestations (modèle standard) tout en conservant la même franchise. Dans ce cas, la prime est adaptée en conséquence.
2. En cas d'exclusion au sens du présent article, une réadmission dans une assurance obligatoire des soins impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible au plus tôt pour le 1er janvier de l'année civile suivante.

Art. 8 Parcours de soins et prestations sans franchise ou quote-part

1. La personne assurée accepte que l'assureur, le MPR ou les tiers mandatés par lui, lui proposent des recommandations au sujet de la prévention et de la promotion de la santé (ci-après «parcours de soins»).
2. Ces parcours de soins sont proposés ponctuellement aux personnes assurées selon des critères définis par des professionnels de la santé. Il n'y a pas d'obligation pour les personnes assurées d'effectuer ces parcours de soins.
3. L'assureur peut renoncer au prélèvement de la franchise ou de la quote-part sur certaines prestations dont la liste figure sur le site internet www.groupemutuel.ch.

Art. 9 Traitement des données

1. Les données personnelles de la personne assurée sont traitées dans les conditions décrites dans les dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, ainsi que dans la Politique de confidentialité du Groupe Mutuel disponible sur le site internet www.groupemutuel.ch.
2. Il est également précisé qu'afin de permettre au MPR, au réseau de soins dont il fait partie et aux éventuels tiers mandatés par lui de fournir et gérer les services liés au modèle d'assurance et notamment d'identifier la personne assurée ou de calculer une éventuelle rémunération en lien avec les prestations, l'assureur met à leur disposition les données administratives suivantes de la personne assurée : nom, prénom, numéro d'assuré, numéro d'assurance sociale, numéro et validité de la carte d'assuré, date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone, adresse e-mail, coordonnées du MPR, des éventuels tiers mandatés par lui et du réseau de soins dont il fait partie, coordonnées des dispensateurs et des prescripteurs, dates et numéros des factures, dates des règlements, dates des traitements, type de cas, genres de frais, montant des traitements, nombre de non-respects des devoirs de la personne

assurée, durée d'assurance, couverture d'assurance et assureur précédent.

3. De plus, afin d'évaluer le respect des devoirs de la personne assurée stipulés à l'article 5 alinéas 3 à 5 des présentes conditions particulières, le MPR et les éventuels tiers mandatés par lui transmettent à l'assureur les données nécessaires telles que date et heure de la consultation, type de recommandation médicale fournie, catégorie de fournisseur de prestations recommandé, période de traitement.
4. En cas de réclamation de la personne assurée, le MPR et l'assureur peuvent s'échanger des informations au sujet de la personne assurée, notamment le contenu des consultations ; ces informations peuvent contenir des données sensibles.

Art. 10 Primes

Dans le cadre de l'assurance OptiMed, une réduction de prime peut être accordée par rapport à la prime de l'assurance des soins ordinaire ou avec franchise à option.

Art. 11 Fin d'affiliation

1. L'affiliation à l'assurance OptiMed prend fin notamment lorsque :
 - a. la personne assurée transfère son domicile dans une région où l'assurance OptiMed n'est pas proposée ;
 - b. le MPR choisi par la personne assurée ne peut plus coordonner les soins requis (du fait de l'état de santé de la personne assurée, notamment en cas de séjour de la personne assurée dans un établissement médico-social, ou pour toute autre raison) ;
 - c. le MPR choisi par la personne assurée (cf. article 5 alinéa 1 des présentes conditions particulières) ne fait plus partie de la liste des MPR reconnus dans le cadre de l'assurance OptiMed.
2. Dans ces cas, la personne assurée peut demander à l'assureur de maintenir un modèle de son choix parmi les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations tout en conservant la même franchise. En l'absence de demande de sa part, elle sera automatiquement transférée dans un modèle similaire avec choix limité des fournisseurs de prestations ou, à défaut, dans le modèle standard de l'assurance obligatoire des soins tout en conservant la même franchise. Ce transfert automatique a lieu lors du changement de domicile dans le cas de la lit. a ou pour le 1er janvier de l'année suivante dans les cas des lit. b et c.
3. Afin de conserver le modèle OptiMed, dans les cas des lit. b et c, la personne assurée peut communiquer à l'assureur les coordonnées d'un nouveau MPR. L'assureur se réserve également le droit de choisir unilatéralement comme MPR de la personne assurée le médecin qu'elle a le plus consulté. Dans tous les cas, le nouveau MPR doit répondre aux exigences de l'article 5 alinéa 1 des présentes conditions particulières.

4. L'enfant assuré dont le MPR n'est pas reconnu dans le cadre de l'assurance OptiMed doit communiquer à l'assureur les coordonnées d'un MPR reconnu au sens de l'article 5 alinéa 1 des présentes conditions particulières avant la fin de l'année civile de ses 18 ans. Sans communication de sa part, il est transféré pour l'année suivante dans un modèle similaire avec choix limité des fournisseurs de prestations ou, à défaut, dans le modèle standard de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 12 Retrait ou modification du modèle d'assurance

1. L'assureur peut modifier ou retirer l'assurance OptiMed en tout temps.
2. En cas de retrait de l'assurance, la personne assurée est transférée dans un modèle d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations le plus similaire possible ou, à défaut, dans le modèle standard de l'assurance obligatoire des soins tout en conservant la même franchise.

Art. 13 Entrée en vigueur

Les présentes conditions particulières d'assurance entrent en vigueur le 1er avril 2025.