

Atupri - HMO

Nom du Groupe	Atupri
Edition des CGA	01.01.2026

Peu restrictif: ✓ Restriction modérée: !! Très restrictif: ⚠

Synthèse

Modèle restrictif, le médecin coordonnant est choisi au sein d'un HMO et pilote tous les soins. Sanctions légères mais potentiellement sans avertissement.

Les prestataires

1^{er} point de contact

- Possibilités	Médecin d'un réseau de soin ou médecin d'un cabinet de groupe (ci-après médecin coordonnateur). Assuré doit faire effectuer tous les traitements et examens préconisés par le médecin coordonnateur ou son remplaçant.	⚠
- Spécificités	Assuré doit faire effectuer tous les traitements et examens préconisés par le médecin coordonnateur ou son remplaçant.	

Médecin de premier recours

- Choix	Sur liste.	!!
---------	------------	----

Spécialistes

- Choix/validation	Assuré transféré par médecin coordonnateur vers des tiers. Pas clair si spécialiste hors réseau possible.	!!
- Gynécologue	Libre pour examens gynécologiques préventifs et soins obstétricaux, pour autant que le médecin coordonnateur n'appartienne pas à un cabinet de groupe disposant d'un gynécologue. Autres traitements, autorisation préalable du médecin coordonnateur requise.	⚠
- Ophtalmologue	Libre pour examen annuel pour prescription lunettes et lentilles de contacts.	!!
- Pédiatre	Non spécifié.	⚠

Pharmacie

- Choix	Pas de restriction mentionnée.	✓
- Médicaments	Pas de restriction mentionnée.	✓

Hôpital

- Choix/validation	Ordonné par le médecin coordonnateur.	⚠
- Urgence	Non spécifié. Assuré s'adresse à son médecin coordonnateur, si pas joignable à son remplaçant ou au service d'urgence régional. Si hospitalisation ou traitement nécessaire, assuré doit en informer le médecin coordonnateur dès que possible (attestation faite par médecin d	⚠

Modification listes

	Non spécifié.	!!
--	---------------	----

Autres particularités

Autre restriction	Modèle exclu si soins ne peuvent être utilement donnés dans le cadre du modèle (ex: lorsque distance entre domicile de l'assuré et cabinet est trop longue pour des visites à domicile). Informer les prestataires consultés de l'appartenance au modèle. Si le spécialiste recommande un traitement plus étendu ou une intervention chirurgicale, obligation d'obtenir l'accord du médecin coordonnant. Si assuré change de manière répétée sans juste motif de MPR, transfert dans l'AOS possible.	⚠
Autre exemption	Pas d'obligation de recours préalable au médecin coordonnant pour les traitements dentaires.	✓

Les sanctions

Avertissement	Non spécifié, risque de sanction immédiate.	⚠
Sanctions	Sanction sévère: en cas de violation des obligations transfert dans l'AOS possible. En cas de traitement ambulatoire ou stationnaire à l'hôpital sans aval du MPR, risque de non prise en charge des frais.	⚠

Situations de changement du modèle

Déménagement hors de la zone du modèle, séjour dans un établissement médical, séjour à l'étranger de 3 mois ou si MPR ne peut influencer le traitement: transfert dans l'AOS.

Fin des relations contractuelles entre MPR et assuré ou MPR quitte système de soin, fin du modèle: assuré peut désigner un nouveau MPR ou transfert dans l'AOS.

Acronymes et précisions

Les fiches sont basées sur les conditions générales des assureurs (CGA). Si une information se trouve sur le site de l'assureur mais pas dans les CGA, elle n'est pas indiquée dans la fiche, sauf exception mentionnée. **Seule la version officielle des CGA disponible sur le site de l'assureur fait foi.**

Clarification de certains termes

MPR: médecin de premier recours, ce terme est utilisé pour désigner le premier médecin physique que voit l'assuré. Il s'agit en général d'un médecin de famille (généraliste).

«Non spécifié»: cela indique que cette information ne se trouve pas dans les CGA de l'assureur. A priori, si rien n'est spécifié par rapport à un point, cela signifie que qu'il n'y a pas de restriction et/ou dérogation particulière. Ex: gynécologue non spécifié → il n'y pas de solution particulière pour le choix du gynécologue par rapport au choix des autres spécialistes.

AOS: assurance obligatoire des soins, modèle de base sans restriction.

Médicaments génériques: la quote-part sur les médicaments est de 10% (rappel: la quote-part est due une fois la franchise atteinte, max. 700 fr. pour les adultes et 350 fr. pour les enfants). De par la loi, la quote-part peut être de 40% si l'assuré prend une prescription originale sans raison médicale. Si des raisons médicales justifient la prise d'une prescription originale (présentation d'un certificat nécessaire) la quote-part reste de 10%. (*nota bene:* si dans le tableau il est indiqué «pas de restriction mentionnée» par rapport au choix des médicaments, c'est le système légal qui s'applique, ce qui signifie qu'une quote-part de 40% est possible pour les prescriptions originales prises sans raison médicale).

Évaluations: le caractère peu restrictif (✓), modéré (⚠) ou très restrictif (⚠) d'un point est déterminé par rapport aux possibilités de choix qui s'offrent à l'assuré ou à son caractère contraignant ou non. Cela ne préjuge en rien du fait qu'il s'agisse d'un point positif ou négatif, cela dépendant du profil et des souhaits de chacun. Par exemple la sanction «transfert dans l'AOS» est indiquée comme peu restrictive car c'est la solution *in fine* prévue par tous les assureurs.

Lien CGA: A venir

Lien Descriptif: A venir