

Vivao-Sympany - Casamed HMO

Nom du Groupe	Sympany
Edition des CGA	01.01.2024

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

Synthèse

Modèle où l'assuré doit s'adresser en premier au cabinet HMO choisi (sur liste) et en cas de modification du plan de traitement. Obligation de suivre des mesures particulières si indiquées. Sanctions sévères avec possible non prise en charge des prestations.

Les prestataires

1^{er} point de contact

- Possibilités	Le Cabinet HMO choisi. Le cabinet HMO prescrit le processus de traitement (contraignant). Si contrôle ultérieur ou autre prestataire, nouvelle concertation avec cabinet nécessaire. Si le cabinet est injoignable, doit être informé au plus vite des traitements effectués.	⚠
- Spécificités	Le cabinet HMO prescrit le processus de traitement (contraignant). Si contrôle ultérieur ou autre prestataire, nouvelle concertation avec cabinet nécessaire. Si le cabinet est injoignable, doit être informé au plus vite des traitements effectués.	

Médecin de premier recours

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

Spécialistes

- Choix/validation	Définit avec cabinet HMO, mais prioritairement en son sein (liste peut être remise par assureur).	!!
- Gynécologue	Libre pour les examens et les traitements.	✓
- Ophtalmologue	Libre pour les examens et les traitements.	✓
- Pédiatre	Libre pour les examens et les traitements jusqu'à 16 ans.	!!

Pharmacie

- Choix	Assuré doit tenir compte de sources d'approvisionnement avantageuses (communiquée au cas par cas par assureur ou Medgate).	!!
- Médicaments	Assuré doit se faire soigner avec des médicaments efficaces, appropriés et économiques (générique, biosimilaire, préparation originale économique)..	!!

Hôpital

- Choix/validation	Définit avec le cabinet HMO.	!!
- Urgence	Vie en danger ou nécessité traitement immédiat. Contacter cabinet HMO si possible, sinon consulter l'organisation d'urgence de service ou un hôpital et informer le cabinet dans les meilleurs délais (remettre une attestation du service d'urgence).	!!

Modification listes

	L'assureur peut en tout temps modifier la liste des cabinets reconnus (pas de droit à résiliation extraordinaire). Assuré dispose de 30 jours pour choisir un nouveau cabinet. Assuré peut passer à un autre cabinet de la liste (demande par écrit avant changement).	⚠
--	--	---

Autres particularités

Autre restriction	Assuré doit systématiquement consulté le cabinet HMO avant toute modification du plan définit (délai, transfert autre prestataire, contrôle ultérieur). Obligation de suivre des mesures spéciales de soins intégrés (ex. disease management) dans certains cas.	⚠
Autre exemption	Pas d'obligation de recours préalable au cabinet HMO pour les examens et les traitements auprès d'un dentiste.	✓

Les sanctions

Avertissement	Assureur attire l'attention de l'assuré sur le manquement.	!!
Sanctions	Sanction sévère: assureur se réserve le droit d'exclure la personne assurée de tous les modèles alternatifs (pour deux ans max.), transfert dans l'AOS. Assureur se réserve le droit de demander le remboursement des coûts des prestations.	⚠

Situations de changement du modèle

Si traitement médical par cabinet HMO pas ou plus possible: transfert possible dans l'AOS.
Assuré/cabinet HMO quitte la zone de couverture: assuré peut choisir nouveau cabinet HMO, si ne le fait pas transfert dans l'AOS.
Suspension ou modification du modèle par assureur possible pour la fin d'une année civile: transfert dans l'AOS ou choix d'un autre modèle par assuré.

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: <https://www.sympany.ch/dam/jcr:a8912bec-14dc-444f-82f4-ba5229c7fd16/VB-casamed-hmo-2024-Sympany-fr.pdf>

Lien Descriptif: <https://www.sympany.ch/fr/particuliers/assurance-de-base/casamed-hmo>