

Concordia - HMO

Nom du Groupe	Concordia
Edition des CGA	1/1/2026

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

Synthèse

Obligation de passer par le médecin HMO choisi au sein du réseau qui prend en charge et coordonne le traitement. Les examens et traitements doivent au maximum être effectués au sein du réseau, toutefois possible d'être adressé à un spécialiste externe au réseau (accord du médecin HMO requis). Sanction légère après deux rappels.

Les prestataires

1^{er} point de contact

- Possibilités	Son médecin HMO, si absent à son remplaçant (choix sur liste).	⚠
- Spécificités	Tous les traitements et examens doivent être effectués au sein du réseau ou l'assuré doit être dirigé vers des tiers par le réseau.	

Médecin de premier recours

- Choix	Libre, dans le réseau choisi.	!!
---------	-------------------------------	----

Spécialistes

- Choix/validation	Le médecin HMO peut adresser l'assuré à un spécialiste, prioritairement au sein du réseau choisi. Si le spécialiste propose un traitement ou une intervention chirurgicale, l'assuré doit obtenir l'accord du médecin HMO.	⚠
- Gynécologue	Libre pour examens gynécologiques préventifs et soins obstétricaux.	!!
- Ophtalmologue	Libre uniquement pour les contrôles pour la prescription de lunettes ou de lentilles de contact.	⚠
- Pédiatre	Non spécifié, a priori le pédiatre est le médecin HMO choisi.	!!

Pharmacie

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

Hôpital

- Choix/validation	Ordonnée ou avec accord du médecin HMO.	!!
- Urgence	Non spécifié. Assuré s'adresse autant que possible au réseau. Si pas joignable, assuré s'adresse au service régional d'urgence. Si hospitalisation ou soins d'urgence nécessaires, assuré en informe le réseau dès que possible et lui remet une attestation du service d	⚠

Modification listes

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

Autres particularités

Autre restriction	Modèle ne peut pas être conclu si le réseau ne peut pas prodiguer les soins requis. L'assuré doit informer les prestataires hors réseau qu'il est assuré HMO.	!!
Autre exemption	L'assuré peut changer de réseau pour le 1er du mois suivant en cas de juste motif.	✓

Les sanctions

Avertissement	Deux rappels.	✓
Sanctions	Transfert possible dans l'AOS.	✓

Situations de changement du modèle

Déménagement hors de la zone du réseau : assuré transféré dans l'AOS.
Réseau ne peut plus prodiguer les soins requis (ex : MPR ne peut plus influencer sur le traitement ou séjour de l'assuré de 3 mois à l'étranger) : assuré transféré 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

«*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 Δ) ou très restrictif (Δ) 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.

Lien CGA: https://www.frc.ch/concordiahmo-tarif_cga
Lien Descriptif: https://www.frc.ch/concordiahmo-tarif_desc
Lien liste(s) : https://www.frc.ch/concordiahmo-tarif_liste1