Atupri - HMO

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

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

Synthèse	Modèle où l'assuré doit choisir un médecin parmi un réseau de médecin et un cabinet de groupe. Le médecin pilote tous les soins et son autorisation doit être obtenue si l'assuré est adressé à des tiers et/ou en cas d'hospitalisation. Si un gynécologue est présent dans le cabinet HMO, l'assuré ne peut se rendre chez un autre. Sanctions sévères et potentiellement sans avertissement.

Les prestataires

1er point de contact		
- **Possibilités**	Médecin d'un réseau de médecins ou médecin d'un cabinet de groupe choisi par l'assuré (ci-après MPR).	⚠
- **Spécificités**	Assuré doit faire effectuer tous les traitements et examens par le MPR.	
Médecin de premier recours		
- **Choix**	Sur liste.	!!
Spécialistes		
- **Choix/validation**	Assuré est transféré par le MPR vers des tiers. Si le tiers recommande un traitement plus étendus ou une intervention, assuré doit informé le MPR et obtenir son autorisation. Pas clair si spécialiste hors réseau possible.	⚠
- **Gynécologue**	Libre pour examens gynécologiques préventifs et soins obstétricaux, pour autant que le médecin coordinateur n'appartienne pas à un cabinet de groupe disposant d'un gynécologue. Autres traitements, autorisation préalable du médecin coordinateur requise.	⚠
- **Ophtalmologue**	Consultation annuelle pour prescription de lunettes ou lentilles.	⚠
- **Pédiatre**	Non spécifié (a priori le périastre est le MPR).	!!
Pharmacie		
- **Choix**	Pas de restriction mentionnée.	✓
- **Médicaments**	Pas de restriction mentionnée.	✓
Hôpital		
- **Choix/validation**	Autorisation préalable du MPR requise.	!!
- **Urgence**	Non spécifié. Assuré s'adresse au MPR, si pas joignable à son remplaçant ou au service d'urgence régional. Si hospitalisation ou traitement nécessaire, assuré doit en informer le médecin coordinateur dès que possible (attestation faite par médecin d'urgence).	⚠
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). 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	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. Une nouvelle affiliation à un modèle alternatif n'est plus possible (pas de délai indiqué).	⚠

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 : 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
«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.

Lien CGA: atuprihmo_cga
Lien Descriptif: **atuprihmo_desc**
Lien liste(s) : atuprihmo_liste