



CGA

(Conditions générales d'assurance)

sana24 SA, vivacare SA

Valable dès 2018

Assurance des soins

Tel Care (LAMal)

Sommaire

Page	
3	1.Principes
4	2.Prestations
5	3.Primes et participation aux coûts
6	4.Adhésion
6	5.Sortie
6	6.Obligations des assurés
7	7.Dispositions complémentaires
7	8.Mise en vigueur

Remarques

Pour des raisons de lisibilité, il est fait usage de désignations génériques sans mention expresse de la forme féminine.

Ces Conditions générales du contrat d'assurance sont valables pour les assureurs suivants:

- sana24 SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 15
- vivacare SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 15

1. Principes

1.1	Quelles sont les bases légales appliquées?	L'assurance Tel Care est une forme de l'assurance obligatoire des soins. Les bases légales de l'assurance Tel Care sont la loi fédérale sur l'assurance-maladie en vigueur (LAMal) et la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) avec leurs dispositions d'application ainsi que les présentes Conditions générales d'assurance (CGA).
1.2	Auprès de qui l'assurance est-elle conclue?	Votre assureur est indiqué sur votre police d'assurance.
1.3	Où l'assureur propose-t-il l'assurance Tel Care?	Vous pouvez prendre connaissance des régions de primes dans lesquelles l'assurance Tel Care est proposée dans le document «Aires d'activité de Tel Care» se trouvant sur le site de Visana ou auprès de l'agence compétente.
1.4	Qu'est-ce que l'assurance Tel Care?	L'assurance Tel Care est une forme particulière de l'assurance obligatoire des soins avec un choix limité des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 41, al. 4 LAMal, en relation avec l'art. 62 LAMal et les art. 99-101 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).
1.5	Sur quel principe l'assurance Tel Care est-elle fondée?	<ol style="list-style-type: none">Si un problème de santé survient, les assurés, ou une tierce personne à leur place, sont tenus de prendre contact par téléphone avec le centre de conseil médical Medi24, avant de convenir d'un rendez-vous pour un traitement chez le médecin, le chiropraticien, la sage-femme ou à l'hôpital, pour autant que les Conditions générales d'assurance (CGA) ne prévoient pas d'autres dispositions. Medi24 fournit un conseil médical à l'assuré et détermine, en tenant compte de la situation individuelle, les étapes de traitement nécessaires, qui sont contraignantes pour l'assuré.Si après une téléconsultation, un traitement médical est nécessaire, le déroulement du traitement au sens de l'article 1.5 alinéa a) inclut également le choix du fournisseur de prestations par Medi24 et de la période de traitement. Medi24 assigne l'assuré à un fournisseur de prestations figurant sur la liste des médecins Tel Care. Les contrôles et assignations ultérieurs doivent être convenus au préalable par téléphone avec Medi24. Medi24 peut déterminer les médecins, hôpitaux ou EMS pour la suite du traitement selon la liste des médecins Tel Care. Pour le personnel paramédical comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les logopédistes/orthophonistes qui fournissent des prestations sur mandat du médecin, il n'est pas nécessaire de consulter Medi24 par téléphone.Les premiers médicaments sont délivrés par le médecin traitant. Pour la poursuite de la médication ou l'usage prolongé de médicaments, l'assureur, ou à sa place Medi24, peut prescrire auprès de quelle pharmacie les médicaments doivent être retirés. Les pharmacies reconnues figurent sur la «Liste Tel Care des pharmacies reconnues», qui peut être consultée sur le site Internet de Visana.Si la personne assurée a besoin de moyens et appareils (moyens auxiliaires) dans le cadre du déroulement de son traitement, l'assureur peut exiger qu'elle retire ces derniers auprès d'un fournisseur de prestation déterminé.
1.6	Quelles sont les prestations incluses dans l'assurance Tel Care?	L'assurance Tel Care comprend les prestations obligatoires prévues par la loi en cas de maladie, d'accidents, d'infirmités congénitales ainsi que de maternité.
1.7	Pouvez-vous suspendre la couverture du risque-accidents?	La couverture du risque-accidents peut être suspendue pour autant qu'il existe une couverture complète pour les accidents selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA). La suspension doit être demandée par écrit à l'assureur. Les assurés doivent annoncer à l'assureur, dans un délai d'un mois, toute modification intervenant dans leur couverture d'assurance-accidents.
1.8	Pouvez-vous conclure l'assurance avec une franchise annuelle à option?	Dans l'assurance Tel Care, il est possible de conclure une franchise annuelle à option. Les franchises annuelles augmentées sont déterminées suivant les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).
1.9	Où l'assureur exerce-t-il son activité?	L'aire d'activité de l'assureur comprend toute la Suisse.

1.10 Comment l'assureur informe-t-il ses assurés?

Quelles obligations de déclarer avez-vous?

a) Organe de publication

Les modifications des conditions d'assurance ainsi que les notifications de faits généraux se font sous une forme contraignante, dans l'organe de publication officiel du groupe Visana. Chaque ménage reçoit par courrier un exemplaire de l'organe de publication.

b) Police d'assurance

Toutes les personnes assurées reçoivent une attestation individuelle relative à leur couverture d'assurance sous forme d'une police d'assurance.

c) Obligations de déclarer des assurés

Les assurés sont dans l'obligation de déclarer à l'unité d'organisation de l'assureur figurant sur la police d'assurance toutes les modifications personnelles (p. ex. changement d'adresse) susceptibles d'intéresser l'assurance, dans un délai d'un mois.

d) Violation des obligations de déclarer

Les préjudices résultant de la non-observation de l'obligation d'annoncer sont à la charge de la personne assurée.

2. Prestations

2.1 Que comprend l'assurance?

Les prestations allouées au titre de l'assurance Tel Care sont fixées exclusivement d'après la LAMal.

2.2 Quelles sont les prestations ambulatoires prises en charge?

L'assurance Visana Tel Care prend en charge les frais des mesures diagnostiques ou thérapeutiques ainsi que des analyses et médicaments appliqués par le médecin ou prescrits par lui, dans la mesure où leur prise en charge est prévue par la LAMal et où ils satisfont aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité définis à l'article 32 LAMal.

2.3 Quelles sont les prestations prises en charge en cas de traitement hospitalier?

Pour les traitements hospitaliers dans la division commune d'un hôpital figurant sur la liste, l'assureur prend en charge sa part au tarif en vigueur d'un hôpital de la liste dans le canton de domicile de la personne assurée. Si, pour des raisons médicales, un traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste des hôpitaux du canton de domicile est nécessaire, l'assureur prend en charge sa part au tarif en vigueur pour les personnes domiciliées dans le canton de l'établissement reconnu en tant qu'institution hospitalière.

2.4 Quand devez-vous restituer des prestations?

Les prestations allouées à tort ou par erreur doivent être restituées à l'assureur.

2.5 Quand commence le droit aux prestations?

Le droit aux prestations commence le jour où débute l'assurance. La date du traitement est déterminante pour le droit aux prestations.

2.6 Où l'assurance est-elle valable?

Les prestations sont allouées de façon générale pour des traitements prodigués en Suisse.

2.7 Quelles prestations sont prises en charge à l'étranger?

Les assurés qui effectuent un séjour dans les Etats membres de l'UE ainsi qu'en Islande ou en Norvège peuvent avoir recours aux traitements médicalement nécessaires, compte tenu de la nature des prestations et de la durée probable du séjour. En cas de séjour dans d'autres pays étrangers, le droit aux prestations des assurés est limité aux traitements d'urgence. Il y a urgence lorsque la personne assurée qui séjourne temporairement à l'étranger a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque la personne assurée se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Dans le cadre des dispositions légales, l'assurance Tel Care prend en charge les coûts d'un accouchement à l'étranger constituant le moyen de procurer à l'enfant sa nationalité dans le pays étranger. Le montant des prestations est régi par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

2.8 Qu'en est-il des prestations d'autres assurances ou de tiers?

Si d'autres assurances ou des tiers sont aussi tenus d'allouer des prestations, l'assuré doit en informer l'assureur. Il doit également lui communiquer les prestations et les indemnités dont il a pu bénéficier. Les déclarations de renonciation aux prestations doivent être communiquées à l'assureur avant la signature.

Les assurés sont tenus de faire connaître à l'assureur les droits qu'ils peuvent faire valoir auprès d'autres organismes d'assurance ou à l'égard de tout tiers ayant une obligation de payer.

2.9 Quelles sont les relations avec d'autres assurances sociales?

Les relations de l'assurance Tel Care avec les autres assurances sociales sont régies par les dispositions légales.

2.10 Les droits envers les tiers passent-ils à l'assureur?

Dès la survenance de l'événement assuré, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de la personne assurée contre tout tiers dont la responsabilité est impliquée dans le cas d'assurance.

2.11 Comment s'effectue le versement des prestations?

Les assurés s'engagent à indiquer à l'assureur un compte bancaire ou postal en Suisse comme adresse de paiement. S'ils omettent de le faire, les frais de paiement qui en résultent sont à leur charge.

3. Primes et participation aux coûts

3.1 Quelles primes devez-vous payer?

La prime de l'assurance Tel Care est fixée d'après le tarif des primes de l'assureur approuvé par l'autorité de surveillance. Celui-ci est calculé en fonction du groupe d'âge. Les personnes assujetties pour plus de 60 jours consécutifs à l'assurance militaire sont exemptées du paiement des primes dès le début de cet assujettissement dans la mesure où elles en ont donné avis à l'assureur huit semaines au minimum avant son commencement. Si ce délai n'est pas respecté, l'assureur ne perçoit plus de primes à partir de l'avis, mais au plus tôt à partir du début du service militaire.

3.2 Quels sont les groupes d'âge?

Les groupes d'âge sont les suivants:

- I Enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus
- II Assurés dès leur 19e année et jusqu'à 25 ans révolus
- III Assurés dès leur 26e année

Les passages du groupe d'âge I à II et II à III se font à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée atteint l'âge de 18/25 ans révolus.

3.3 Quelles participations aux coûts devez-vous payer?

Dans les cas prévus par la loi,

- les adultes paient la franchise annuelle ainsi que la quote-part, laquelle s'élève à 10 %* des coûts dépassant la franchise;
- les enfants paient la quote-part de 10 %* plus la franchise annuelle éventuellement choisie.

*Pour certaines préparations originales et certains génériques, la quote-part peut s'élever à 20 %.

La quote-part annuelle maximale est de CHF 700.– pour les adultes et de CHF 350.– pour les enfants. Lorsque plusieurs enfants d'une même famille sont assurés auprès du même assureur, leur participation aux coûts annuelle s'élève au maximum à CHF 950.–, au total.

La date de traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Dans les cas prévus par la loi, il est perçu en cas d'hospitalisation une contribution aux frais de CHF 15.– par jour, en sus de la participation aux coûts.

3.4 Que se passe-t-il en cas de retard de paiement?

a) Primes/Participations aux coûts

Lorsque la personne assurée n'a pas payé les primes et les participations aux coûts échues malgré le rappel, l'assureur lui envoie une sommation et lui impartit un délai de 30 jours pour s'acquitter du paiement. Si la personne assurée n'a toujours pas payé les primes et participations aux coûts échues ainsi que les intérêts moratoires malgré la sommation, l'assureur engage une poursuite. Parallèlement, l'assureur informe l'autorité cantonale compétente. Un intérêt moratoire de 5 % est dû pour les éventuelles créances de primes.

b) Rappels

Les rappels se font par écrit.

c) Frais

Les frais des poursuites et autres frais peuvent être mis à la charge des assurés en retard de paiement. En cas de rappel ou de poursuite, un supplément peut être prélevé pour les inconvénients causés.

d) Changement d'assureur

Les assurés en retard de paiement ne peuvent pas changer d'assureur tant qu'ils n'ont pas payé intégralement les primes et participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et frais de poursuite dus.

4. Adhésion

4.1 Quelles sont les conditions d'admission?

L'assurance Tel Care peut être conclue par tous les assurés ayant leur domicile civil dans un des cantons où l'assureur propose l'assurance Tel Care.

Le passage de l'assurance de base ordinaire à l'assurance Tel Care est possible en tout temps, pour le premier jour d'un mois.

5. Sortie

5.1 Quels sont les délais de résiliation?

La résiliation ordinaire de l'assurance Tel Care peut avoir lieu pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de préavis de trois mois. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de travail précédant le début du délai de résiliation de trois mois. Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée peut changer d'assurance pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois.

5.2 Quels sont les effets d'un transfert du domicile?

En cas de changement de domicile dans une localité située en dehors du rayon d'activité de Tel Care, les assurés Tel Care sont transférés dans l'assurance de base ordinaire de l'assureur pour le début du mois qui suit le changement de domicile. La sortie du rayon Tel Care doit être annoncée à l'assureur dans un délai d'un mois.

5.3 Que se passe-t-il en cas d'abandon de l'assurance Tel Care par l'assureur?

Si l'assurance Tel Care est supprimée par l'assureur à la fin d'une année civile dans un ou plusieurs cantons, les personnes assurées en sont informées au moins deux mois à l'avance. Sans communication contraire ou résiliation de la personne assurée, un passage dans l'assurance de base ordinaire de l'assureur est effectué automatiquement.

6. Obligations des assurés

6.1 Quelle est la procédure pour avoir recours à des prestations médicales et en vue d'une hospitalisation?

Les personnes assurées sont tenues,

- de prendre contact avec le centre de conseil médical Medi24 avant d'avoir recours à des prestations médicales ou à une hospitalisation, particulièrement avant de convenir d'une première consultation chez un médecin;
- de suivre les étapes de traitement prescrites par le centre de conseil médical et de contacter Medi24 par téléphone avant tout autre traitement;
- de retirer les médicaments auprès de pharmacies déterminées, sur demande de l'assureur ou de Medi24;
- de retirer les moyens et appareils (moyens auxiliaires) auprès de fournisseurs de prestations déterminés, sur demande de l'assureur ou de Medi24.

6.2 Y a-t-il des exceptions à ces obligations?

La prise de contact téléphonique avec le centre de conseil médical n'est pas nécessaire pour:

- les aides visuelles dans les cas mentionnés dans la Liste des moyens et appareils (LiMA)
- les prestations relatives à la maternité;
- les examens gynécologiques de prévention;
- les maladies gynécologiques;

- e) les examens ophtalmologiques ambulatoires;
- f) les traitements dentaires;
- g) les cas d'urgence.

6.3 Qu'entend-on par cas d'urgence et que devez-vous faire dans un cas d'urgence?

On est en présence d'un cas d'urgence lorsque l'état d'une personne assurée est jugé par elle-même ou par des tiers comme mettant sa vie en danger, ou du moins comme requérant un traitement immédiat, et qu'il ne lui est plus possible, ou ne peut plus raisonnablement être attendu de sa part, d'en informer au préalable le centre de conseil médical. Le contact préalable avec le centre de conseil médical n'est pas exigé dans un tel cas. Toutefois, les cas d'urgence doivent être annoncés par la suite au centre de conseil médical, ce dans les meilleurs délais.

6.4 Quelle est la procédure à suivre lors d'un séjour à l'étranger?

Lorsqu'il doit être fait appel à des prestations durant un séjour à l'étranger au sens de l'article 2.7, la prise de contact avec le centre de conseil médical n'est pas obligatoire.

6.5 Violation des obligations découlant du modèle d'assurance

Si la personne assurée enfreint les obligations définies au chiffre 6.1,

- a) l'assureur transfère la personne assurée dans l'assurance de base ordinaire, après un rappel unique. Le transfert a lieu rétroactivement au 1er janvier de l'année dans laquelle la personne assurée a manqué à ses obligations pour la deuxième fois.
- b) Le transfert rétroactif de Tel Care à l'assurance de base ordinaire selon le paragraphe a) a pour conséquence la demande en restitution de la différence de prime accordée durant l'année du transfert pour Tel Care.
- c) Après un transfert de Tel Care à l'assurance de base ordinaire, un nouveau changement dans une assurance des soins avec choix restreint des fournisseurs de prestations n'est plus possible pendant deux ans après le transfert. Le délai de blocage est valable à partir du 1er janvier de l'année dans laquelle la personne assurée a manqué à ses obligations pour la deuxième fois.
Demeure réservée la justification par les assurés que la violation de l'obligation de collaborer est survenue pour des motifs excusables.

7. Dispositions complémentaires

7.1 Quelles données sont échangées?

L'assureur reçoit du centre de conseil médical toutes les données personnelles dont il a besoin pour s'acquitter des tâches qui lui sont déléguées selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, et plus particulièrement pour garantir un déroulement correct dans l'assurance Tel Care. Dans cette procédure, le centre de conseil médical respecte les dispositions en matière de protection des données contenues dans la LAMal, la LPGA et la loi du 19 juin 1992 sur la protection des données. L'assureur transmet régulièrement au centre de conseil médical les listes des personnes assurées dans l'assurance Tel Care ainsi que les données d'assurance de ces personnes.

7.2 Quelles sont vos possibilités si vous n'êtes pas d'accord avec une décision de l'assureur?

En cas de désaccord sur une décision prise par l'assureur, les assurés peuvent exiger qu'il rende une décision selon l'art. 49 LPGA.

8. Mise en vigueur

8.1 A partir de quand les présentes CGA sont-elles valables?

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le 1er janvier 2018. Elles peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.

8.2 Quelle version des CGA est déterminante?

La version originale des présentes Conditions générales d'assurance est la version allemande. Les versions italienne et française sont des traductions. En cas d'éventuels problèmes d'interprétation, le texte allemand fait foi.

Visana Assurances SA

Weltpoststrasse 19
3000 Berne 15

Pour de plus amples informations:

tél. 031 357 91 11
fax 031 357 96 22

www.visana.ch