



CGA

(Conditions générales d'assurance)

Visana SA, sana24 SA, vivacare SA

Valable dès 2017

Assurance des soins

Med Direct (LAMal)

Sommaire

Page	
3	1. Principes
4	2. Prestations
5	3. Primes et participation aux coûts
6	4. Admission
6	5. Sortie
7	6. Devoirs des assurés
8	7. Dispositions complémentaires
8	8. Promulgation et entrée 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:

- Visana SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 15
- 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 Med Direct est une forme de l'assurance obligatoire des soins. Les bases légales de l'assurance Med Direct 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 est-on assuré?	Votre assureur est indiqué sur votre police d'assurance.
1.3	Où l'assureur exerce-t-il son activité?	L'aire d'activité de l'assureur comprend toute la Suisse.
1.4	Où l'assureur propose-t-il l'assurance Med Direct?	Vous pouvez prendre connaissance des régions de primes dans lesquelles l'assurance Med Direct est proposée dans le document «Aires d'activité de Med Direct» se trouvant sur le site de Visana ou auprès de l'agence compétente.
1.5	Qu'est-ce que l'assurance Med Direct?	L'assurance Med Direct 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. 99101 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).
1.6	Sur quel principe l'assurance Med Direct est-elle fondée?	Elle se fonde sur le principe que les soins de base sont prodigués par le médecin de famille. C'est lui qui suit et conseille la personne assurée. Après avoir choisi un médecin de famille, la personne assurée s'engage à ce que celui-ci effectue tous les traitements et examens et l'assigne, si besoin est, à des tiers. A part pour les urgences et les cas mentionnés au chiffre 6.5, il faut toujours en premier lieu avoir recours au médecin de famille que ce soit pour un traitement ambulatoire ou stationnaire.
1.7	Qui est considéré comme médecin de famille?	Tout médecin FMH pour la médecine générale, la médecine interne ou la pédiatrie actif dans les soins généraux, autorisé à exercer et reconnu par l'assureur peut être choisi comme médecin de famille. Sont également reconnus comme médecins de famille d'autres médecins disposant d'une formation équivalente. Si l'assureur cesse de reconnaître un médecin de famille, il en avise l'assuré au moins trois mois à l'avance. L'assuré peut alors soit désigner un autre médecin de famille soit passer dans l'assurance de base régulière de l'assureur. Pour le passage chez un autre assureur, les conditions légales de la résiliation sont applicables.
1.8	Pouvez-vous suspendre la couverture pour les cas d'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 l'espace d'un mois toute modification intervenant dans leur couverture d'assurance-accidents.
1.9	Pouvez-vous conclure une franchise annuelle à option?	Dans l'assurance Med Direct, 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).
1.10	Comment l'assureur informe-t-il ses assurés? Quelles obligations de déclarer avez-vous?	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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>

(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 Qu'est-ce qui est assuré?

Les prestations allouées par l'assurance Med Direct sont fixées exclusivement d'après la LAMal.

2.2 Qui fournit les prestations?

Les traitements ambulatoires, la prise en charge et le conseil prévus dans l'assurance Med Direct sont de façon générale assumés par le médecin de famille choisi par l'assuré.

2.3 Quelles sont les prestations ambulatoires prises en charge?

L'assurance Med Direct prend en charge les frais de mesures diagnostiques et thérapeutiques réalisées ou prescrites par le médecin de famille ainsi que les frais des médicaments et des analyses, pour autant que la LAMAL en prévoit la prise en charge.

2.4 Peut-il être fait appel à d'autres fournisseurs de prestations?

Sur assignation du médecin de famille, des médecins spécialistes ou d'autres fournisseurs de prestations peuvent être consultés. L'assurance Med Direct prend en charge les coûts selon la LAMal.

Les prestations fournies par d'autres prestataires que le médecin de famille choisi par l'assuré sont également prises en charge lors de cas d'urgence. On parle d'un cas d'urgence lorsque, pour des raisons médicales objectives, un traitement doit être effectué sans délai et que les conditions de distance ou de temps ne permettent pas d'aviser suffisamment tôt le médecin de famille.

2.5 Quels sont les prestations 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. Sauf cas d'urgence, l'hospitalisation dans un établissement pour cas aigus doit être ordonnée par le médecin de famille ou se faire avec son consentement.

2.6 Quels sont les médicaments pour lesquels l'assureur alloue des prestations?

L'assureur prend en charge les médicaments les plus économiques pour le traitement requis.

2.7 Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

Si l'assuré recourt à des prestations ambulatoires ou stationnaires sans l'ordre ou le consentement du médecin de famille, tous les frais qui en résultent vont à sa charge, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas d'urgence ou d'un des cas particuliers énumérés sous chiffre 6.5.

Les prestations qui vont au-delà de l'assurance de base légale ne sont pas assurées.

2.8 Quand devez-vous restituer les prestations?

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

2.9 Quand le droit aux prestations commence-t-il?

Le droit aux prestations commence le jour de l'entrée en vigueur de l'assurance. La date du traitement est déterminante pour le droit aux prestations.

2.10 Où l'assurance est-elle valable?

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

2.11	Quelles sont les prestations prises en charge à l'étranger?	<p>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 Med Direct 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.</p> <p>La hauteur des prestations est régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Le médecin de famille ne doit pas être contacté avant un recours à des prestations à l'étranger.</p>
2.12	Qu'en est-il des prestations allant également à la charge d'autres assurances ou de tiers?	<p>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 indemnisations 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.</p>
2.13	Quelles sont les relations avec d'autres assurances sociales?	<p>Les relations de l'assurance Med Direct avec les autres assurances sociales sont régies par les dispositions légales.</p>
2.14	Les droits envers les tiers passent-ils à l'assureur?	<p>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.</p>
2.15	Comment s'effectue le versement des prestations?	<p>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.</p>

3. Primes et participation aux coûts

3.1	Quelles sont les primes à payer?	<p>La prime de l'assurance Med Direct est fixée d'après le tarif des primes de l'assureur approuvé par l'autorité de surveillance. Ce tarif est établi en fonction de groupes 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.</p>
3.2	Quels sont les groupes d'âge?	<p>Les groupes d'âge sont les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> I enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus II assurés de 19 à 25 ans révolus III assurés dès l'âge de 26 ans <p>Les passages du groupe d'âge I à II et à III se font à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 18 ou de 25 ans.</p>

3.3 Quelle participation 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 est au maximum de CHF 700.– pour les adultes et 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 dans le 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, les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et frais de poursuite dus.

4. Admission

4.1 Quelles sont les conditions d'admission?

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

Tous les assurés domiciliés dans un canton où l'assureur propose l'assurance Med Direct ont la possibilité de passer de l'assurance de base ordinaire dans l'assurance Med Direct pour le début d'un mois.

5. Sortie

5.1 Quels sont les délais de résiliation?

La résiliation ordinaire de l'assurance Med Direct 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.

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 Que se passe-t-il en cas de transfert de domicile?

En cas de changement de domicile, cela doit être communiqué à l'assureur dans un délai d'un mois.

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

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

Si l'assurance Med Direct est supprimée par l'assureur à la fin d'une année civile, 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.

5.4 Que se passe-t-il si la prise en charge par le médecin de famille n'est plus possible?

Lorsque la prise en charge par le médecin de famille n'est plus possible pour des raisons qui dépendent de la personne assurée (par ex. admission de la personne assurée dans un établissement médicosocial), l'assureur a le droit de transférer la personne assurée dans son assurance de base ordinaire pour le début d'un mois civil en respectant un délai de préavis d'un mois.

6. Devoirs des assurés

6.1 Comment choisissez-vous le médecin de famille qui vous prendra en charge?

Les assurés choisissent leur médecin de famille parmi les médecins de famille agréés par l'assureur.

Ils peuvent changer de médecin de famille, au plus une fois par année civile, pour le début d'un mois. Les assurés sont tenus d'informer l'assureur de ce changement, moyennant un délai d'un mois.

6.2 Quelle est la procédure à suivre pour les prestations médicales?

Les assurés sont tenus de faire effectuer tous les traitements et examens par le médecin de famille qu'ils ont choisi, à moins que celui-ci ne les envoie chez des tiers. (Exception: voir chiffre 6.5.)

Si le médecin de famille n'est pas atteignable, ils s'adressent à son remplaçant ou à l'organisation de secours compétente à leur lieu de domicile ou de séjour. Lors d'une hospitalisation d'urgence ou d'un traitement prodigué par un médecin intervenant en urgence, les assurés sont tenus d'en aviser leur médecin de famille aussitôt que cela est possible.

6.3 Quelle est la procédure à suivre pour les traitements hospitaliers?

Pour toute hospitalisation dans un hôpital pour cas aigus, le consentement préalable du médecin de famille est nécessaire (excepté dans les cas d'urgence). Les assurés sont tenus de faire parvenir à l'assureur une attestation écrite du médecin de famille confirmant l'assignation.

6.4 Quelles sont les obligations concernant la consultation de spécialistes?

Pour toute consultation d'un spécialiste, le consentement préalable du médecin de famille est nécessaire. Si les assurés sont envoyés par leur médecin de famille chez un spécialiste et que celui-ci recommande un traitement ou des éclaircissements aux soins encore d'un autre médecin ou dans une institution hospitalière, les assurés sont tenus d'en informer leur médecin de famille, dont le consentement est nécessaire (exception: voir chiffre 6.5). Les assurés sont tenus de faire parvenir à l'assureur une attestation écrite du médecin de famille confirmant l'assignation.

6.5 Quels sont les traitements pour lesquels un spécialiste peut être consulté sans le consentement exprès du médecin de famille?

Un consentement exprès n'est pas requis 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
- les traitements ambulatoires d'ophtalmologie
- les traitements dentaires

6.6 Les cures balnéaires doivent-elles être approuvées?

Les prestations obligatoires selon la loi pour les cures balnéaires sont versées uniquement si une prescription à cet effet a été établie par le médecin de famille ou que celui-ci y a donné son consentement.

7. Dispositions complémentaires

V-805 - 1.2017

7.1 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 au sens de la loi.

7.2 Une personne assurée peut-elle être exclue de l'assurance Med Direct?

Lorsqu'une personne assurée agit à l'encontre de la réglementation, et ce de façon répétée, l'assureur est en droit de l'exclure de l'assurance Med Direct, moyennant un délai de résiliation d'un mois et pour la fin d'un mois civil. Cette mesure entraîne automatiquement le passage dans l'assurance de base ordinaire de l'assureur. Après une exclusion, une réadmission dans l'assurance Med Direct est possible au plus tôt l'année civile suivante.

7.3 Protection des données et obligation de garder le secret

Toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs du groupe Visana sont soumis à l'obligation de garder le secret selon la LPGa. La protection des données se base sur la LAMal et la LPGa.

8. Promulgation et entrée en vigueur

8.1 Quelle est la date d'entrée en vigueur des présentes CGA?

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Elles peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.

8.2 Quel texte des CGA est déterminant?

La version originale des présentes Conditions a été rédigée en allemand. Les versions française et italienne sont des traductions. En cas de divergence lors de l'interprétation, le texte allemand fait foi.

Visana SA

Weltpoststrasse 19
3000 Berne 15

Pour de plus amples informations:

tél. 031 357 91 11
fax 031 357 96 22

www.visana.ch