

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance des soins

Managed Care (LAMal)

À noter:

- Les désignations de personnes s'appliquent dans le présent document de façon générale aux deux sexes. Il est fait usage du terme générique pour des raisons de lisibilité.

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

- Visana SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16
- sana24 SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16
- Galenos SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16

1. Principes

1.1 Qu'est-ce que l'assurance Managed Care?

L'assureur propose l'assurance Managed Care dans certaines régions d'assurance (réseau Managed Care). Les bases légales de l'assurance Managed 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).

L'assurance Managed Care est une forme de l'assurance de base légale; elle est régie en particulier conformément aux articles 41, alinéa 4, et 62 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Votre assureur est indiqué sur votre police d'assurance.

1.2 Quel est le principe de l'assurance Managed Care?

L'assurance Managed Care est fondée sur le principe du choix restreint du médecin (régime à accès indirect), caractérisé par la prise en charge globale, les conseils et les soins médicaux des assurés. Le gatekeeper (médecin Managed Care) coordonne tous les traitements médicaux.

En concluant l'assurance Managed Care, les assurés Managed Care déclarent accepter que tous les examens et traitements médicaux soient prodigués par le médecin Managed Care choisi et que l'envoi chez des spécialistes et autres fournisseurs de soins soit décidé par lui.

1.3 Quelle est l'organisation des réseaux Managed Care?

Les médecins affiliés aux réseaux Managed Care ont un rapport contractuel avec l'assureur soit via le réseau de médecins soit par une société d'exploitation séparée.

1.4 Quels sont les médecins Managed Care?

La personne assurée choisit son médecin Managed Care parmi les médecins figurant sur la liste ad hoc. À l'exception des cas d'urgence, des traitements ambulatoires d'ophtalmologie et des examens gynécologiques de prévention et de contrôle de même que de l'assistance obstétricale et des traitements dentaires, la personne assurée doit toujours s'adresser en premier lieu au médecin Managed Care pour un traitement ambulatoire ou hospitalier.

1.5 Quelles sont les prestations que comprend l'assurance Managed Care?

L'assurance Managed Care comprend les prestations obligatoires fixées par la loi en cas de maladie, d'accident, d'infirmités congénitales ainsi qu'en cas de grossesse et de maternité.

1.6 Que se passe-t-il en cas d'urgence?

Les traitements d'urgence sont couverts dans les limites des prestations obligatoires fixées par la loi dans la mesure où le traitement a été dispensé par un médecin ou un autre fournisseur de soins admis par la LAMal. Il y a urgence lorsque la personne assurée a besoin d'un tel traitement pour des raisons médicales objectives et que le médecin Managed Care ne peut pas être atteint dans le délai voulu pour des raisons de distance et/ou de temps.

1.7 Pouvez-vous suspendre la couverture des 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.

1.8 Pouvez-vous conclure une franchise annuelle à option?

Dans l'assurance Managed Care, il est possible de conclure une franchise annuelle à option. Les franchises augmentées sont déterminées suivant les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

1.9 Comment l'assureur informe-t-il ses assurés? Quelles obligations de déclarer avez-vous?

1. 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.
2. Police d'assurance
Toutes les personnes assurées reçoivent une attestation individuelle relative à leur couverture d'assurance sous forme d'une police d'assurance.
3. 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 ou de médecin de famille) susceptibles d'intéresser l'assurance, dans un délai d'un mois.
4. 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 Managed Care sont fixées exclusivement d'après la LAMal.

2.2 Qui fournit les prestations?

Les traitements ambulatoires, la prise en charge et les conseils prévus dans l'assurance Managed Care sont assumés par les médecins Managed Care (choix restreint du médecin).

2.3 Quelles prestations sont prises en charge?

L'assurance Managed Care prend en charge les frais de médicaments, analyses et mesures thérapeutiques prescrits par les médecins Managed Care, dans la mesure où leur prise en charge est prévue par la LAMal. Les prestations fournies par des médecins ne faisant pas partie du réseau Managed Care sont prises en charge de manière analogue, pour autant qu'il y ait eu urgence ou que le médecin Managed Care ait ordonné l'intervention du fournisseur de prestations.

2.4 Peut-on faire appel à d'autres fournisseurs de prestations?

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

2.5 Quelles 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.

2.6 Quand l'accord du médecin Managed Care est-il nécessaire?

L'hospitalisation dans un établissement pour cas aigus doit être ordonnée par les médecins Managed Care ou se faire avec leur accord, à l'exception des cas d'urgence.

2.7 Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

La prise en charge des prestations ambulatoires ou hospitalières qui ne sont pas en relation avec un cas d'urgence selon le chiffre 1.6 et qui ont été fournies sans l'assignation du médecin Managed Care incombe aux assurés concernés.

2.8 Quand devez-vous restituer des prestations?

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

2.9 Quel est le début du 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.

2.10 Où l'assurance est-elle valable?

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

2.11 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 ont droit 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 le traitement considéré.

Après un traitement à l'étranger, l'assuré a l'obligation d'informer immédiatement son médecin Managed Care.

Dans le cadre des dispositions légales, l'assurance Managed 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.

La hauteur des prestations est régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

2.12 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 pour un cas d'assurance, la personne assurée doit le communiquer à l'assureur.

La perception de prestations et les arrangements sont également soumis à l'obligation d'annoncer. Les déclarations de renonciation aux prestations doivent être communiquées à l'assureur avant la signature. Les assurés sont tenus d'annoncer leurs droits envers d'autres assureurs ou tout tiers responsable.

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

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

2.14 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.

2.15 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 sont les primes?

La prime de l'assurance Managed Care 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; il est plus avantageux que celui de l'assurance obligatoire des soins ordinaire. 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 l'âge de 18 ans révolus jusqu'à 25 ans révolus
- III. assurés dès l'âge de 25 ans révolus

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 l'assuré atteint l'âge de 18 ou de 25 ans.

3.3 Quelle participation aux coûts devez-vous payer?

La franchise, la quote-part et la contribution aux frais du séjour hospitalier sont perçues conformément aux prescriptions du droit fédéral.

Lorsque plusieurs enfants d'une même famille sont assurés auprès du même assureur, leur participation aux coûts annuelle s'élève au maximum à 950 francs au total.

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

1. 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.

2. Rappels

Les rappels se font par écrit.

3. 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.

4. d) Changement d'assureur

5. 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.

3.5 Quelles prestations ne sont pas assurées?

Les prestations qui vont au-delà de l'assurance de base légale ne sont pas assurées. Ces prestations sont couvertes par une assurance complémentaire facultative.

3.6 Frais

Les personnes assurées ont plusieurs possibilités pour payer leurs primes et participations aux coûts sans frais. L'assureur peut répercuter sur les personnes assurées les frais occasionnés par les versements effectués au guichet postal ou à d'autres points d'accès physiques de la Poste.

4. Admission

4.1 Quelles sont les conditions d'admission?

Tous les assurés qui sont domiciliés dans la région d'activité de l'assurance Managed Care peuvent passer en tout temps de l'assurance de base ordinaire dans l'assurance Managed Care. Le domicile de droit civil est déterminant pour l'appartenance à la région d'activité de l'assurance Managed Care.

5. Sortie

5.1 Quels sont les délais de résiliation?

La résiliation ordinaire de l'assurance Managed 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. Les possibilités de résiliation extraordinaires selon l'article 7, alinéas 2 à 4 de la LAMal, demeurent réservées.

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

1. Départ d'un domaine Managed Care

En cas de changement de domicile dans une localité située en dehors du réseau Managed Care, les assurés Managed Care sont transférés dans l'assurance de base ordinaire de l'assureur pour le début du mois qui suit le changement de domicile. Le départ vers l'extérieur du ré-

seau Managed Care doit être annoncé à l'assureur dans le délai d'un mois.

2. Arrivée dans un domaine Managed Care

En cas de changement de domicile vers le secteur d'un autre réseau Managed Care de l'assureur, les assurés Managed Care ont le droit de maintenir leur assurance Managed Care dans le nouveau réseau Managed Care. Le départ vers l'extérieur du réseau Managed Care ainsi que le maintien de l'assurance dans le nouveau réseau Managed Care doivent être annoncés à l'assureur dans le délai d'un mois à compter de la date du changement de domicile.

5.3 Que se passe-t-il lorsque le médecin Managed Care résilie son contrat?

Si le médecin Managed Care choisi résilie le contrat passé avec le réseau de médecins ou avec la société d'exploitation Managed Care, les assurés inscrits auprès de ce médecin peuvent choisir librement un nouveau médecin Managed Care dans les 30 jours à compter de la communication écrite de l'assureur ou passer dans l'assurance obligatoire ordinaire de celui-ci. Si aucun nouveau médecin Managed Care n'est annoncé à l'assureur dans le délai imparti, l'assuré passe automatiquement dans l'assurance obligatoire ordinaire de l'assureur au début du mois suivant.

5.4 Que se passe-t-il lors de la résiliation du contrat passé entre l'assureur et tous les médecins d'un réseau Managed Care?

Lors de la résiliation du contrat passé entre l'assureur et la société d'exploitation Managed Care ou tous les médecins d'un réseau Managed Care, l'assurance obligatoire des soins Managed Care (LAMal) cesse d'exister. Sans communication contraire de la personne assurée, un passage dans l'assurance de base ordinaire de l'assureur est effectué automatiquement.

5.5 Que se passe-t-il lorsque la prise en charge par le médecin Managed Care n'est plus possible?

Lorsque la prise en charge par le médecin Managed Care 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 de 30 jours.

6. Protection des données

6.1 Comment les données personnelles sont-elles traitées?

Les données personnelles sont traitées principalement afin d'allouer les prestations de l'assurance obligatoire des soins et afin de conseiller et d'assurer le suivi des personnes assurées, en vue de leur garantir une protection d'assurance fiable et adaptée à leurs besoins. L'assureur a par ailleurs besoin de traiter des données personnelles pour l'acquisition de nouveaux contrats dans le domaine LAMal, pour remplir les exigences légales et réglementaires, pour créer et développer ses produits et prestations de services et pour maintenir une exploitation sûre, efficace et économique. Le traitement des prestations et l'encaissement comprennent des traitements de données électroniques, qui peuvent être considérés comme des décisions individuelles automatisées. Les entretiens téléphoniques avec nos collaboratrices et collaborateurs peuvent être enregistrés afin de garantir la qualité de la prestation de service ainsi qu'à des fins de formation.

Les données personnelles peuvent être conservées aussi bien sous forme physique qu'électronique. Les données sont sauvegardées majoritairement en Suisse. L'assureur prend les mesures requises afin que les données personnelles soient transmises uniquement dans des pays garantissant une protection adéquate des données.

L'assureur veille à l'actualité, à la fiabilité et à l'exhaustivité des données personnelles communiquées.

L'assureur recueille et utilise les données personnelles conformément aux dispositions applicables relatives à la protection des données, à savoir la loi suisse sur la protection des données, et aux autres dispositions légales, en particulier les art. 84, 84a et 84b LAMal.

De plus amples informations relatives au traitement des données personnelles sont disponibles dans la déclaration de l'assureur relative à la protection des données, sur Internet: www.visana.ch/protection-des-donnees.

6.2 Quelles données sont transmises?

L'assureur peut, dans les limites du besoin et celles exigées par la loi, transmettre à des fins de traitement des données aux tiers concernés par le suivi du contrat en Suisse et à l'étranger (p. ex. assureurs impliqués, médecin-conseils, médecins-consultants et autorités), en particulier à des sociétés du groupe Visana ainsi qu'à des co-assureurs, assureurs précédents, nouveaux assureurs et réassureurs. L'assureur peut également mandater spécialement des tiers pour qu'ils fournissent des prestations de service en faveur des personnes assurées (p. ex. fournisseur d'accès informatique). L'assureur soumet ces tiers à une obligation contractuelle de confidentialité et de traitement des données personnelles en conformité avec les dispositions relatives à la protection des données. Cela peut non seulement inclure des données personnelles, telles que le nom, la date de naissance et le numéro d'assuré/e, mais aussi des données personnelles particulièrement sensibles, notamment des données individuelles relatives à la santé. À cet égard, les exigences légales plus strictes concernant le traitement de données personnelles particulièrement sensibles doivent être respectées.

L'assureur et les sociétés d'exploitation Managed Care ainsi que les réseaux de médecins Managed Care se transmettent réciproquement les données administratives nécessaires, par le biais d'une plateforme sécurisée. L'assureur transmet régulièrement à la société d'exploitation ou au réseau de médecins les listes des personnes assurées inscrites auprès de chaque médecin Managed Care avec les données d'assurance correspondantes des différentes personnes assurées dans ce modèle, ainsi qu'un aperçu des prestations médicales auxquelles les personnes assurées inscrites auprès d'un médecin Managed Care ont eu recours.

La société d'exploitation/Le réseau de médecins transmet régulièrement à Visana un aperçu des prestations médicales qui ont été fournies ou prescrites par un médecin Managed Care.

7. Devoirs des assurés Managed Care

7.1 Comment choisissez-vous votre médecin Managed Care?

Les assurés Managed Care choisissent leur médecin Managed Care parmi les médecins figurant sur la liste ad hoc. Ils peuvent changer de médecin au plus une fois par année civile pour le début d'un mois moyennant un délai d'attente d'un mois. Les assurés Managed Care sont tenus d'annoncer ce changement à l'ancien médecin Managed Care et à l'assureur. Ils autorisent leur ancien médecin à transmettre au nouveau médecin Managed Care des informations et des documents sur les traitements suivis en le déliant du secret professionnel.

7.2 Que faire en cas d'urgence?

En cas d'urgence, les assurés Managed Care prennent contact avec leur médecin Managed Care. S'il n'est pas atteignable, ils s'adressent à son remplaçant ou à l'organisation de secours en cas d'urgence située dans leur lieu de domicile ou de séjour. Lors d'une hospitalisation d'urgence ou d'un traitement prodigué par un médecin du service des urgences, l'assuré Mana-

ged Care est tenu d'en informer son médecin Managed Care dès que possible et de lui transmettre le rapport du médecin du service des urgences.

7.3 Qu'en est-il des traitements hospitaliers?

Les assurés Managed Care sont tenus de demander le consentement du médecin Managed Care avant toute hospitalisation dans des établissements pour cas aigus (sauf pour les cas d'urgence).

7.4 Que faire en cas de recours à un spécialiste?

S'ils sont envoyés par leur médecin Managed Care chez un spécialiste et que celui-ci recommande un traitement ou un examen chez un autre médecin ou en milieu hospitalier, les assurés Managed Care sont tenus d'en informer leur médecin Managed Care et d'obtenir son accord.

7.5 Qu'en est-il des traitements gynécologiques?

Les assurées peuvent librement choisir dans leur canton de résidence les gynécologues et obstétriciens chez qui elles désirent se rendre pour les examens gynécologiques de prévention et de contrôle et l'assistance obstétrique. Pour tous les autres traitements gynécologiques, elles doivent obtenir au préalable l'accord du médecin Managed Care.

7.6 Les cures balnéaires doivent-elles être approuvées?

Les prestations obligatoires selon la loi pour les cures balnéaires sont versées uniquement si l'ordonnance y relative a été approuvée par le médecin Managed Care.

7.7 Quel est le droit d'information du médecin Managed Care?

Les assurés Managed Care acceptent que leur médecin Managed Care ainsi que la société d'exploitation Managed Care prennent connaissance des données thérapeutiques et comptables relatives au traitement médical.

7.8 Sanctions en cas de violation des obligations associées à Managed Care

Les personnes assurées qui ne respectent pas les obligations énoncées aux articles 7.1 à 7.6 des présentes CGA peuvent être sanctionnées comme suit par l'assureur après rappel écrit préalable.

- Après le deuxième manquement: réduction de 50% des prestations légales.
- Après le troisième manquement: refus de la prise en charge des coûts. Les factures déjà payées sont demandées en restitution par l'assureur.
- Après le quatrième manquement: exclusion de l'assurance Managed Care en cas de comportement non conforme aux obligations répété. L'exclusion entraîne le passage dans l'assurance des soins ordinaire de l'assureur et est mise en application à partir du mois suivant la violation des obligations sanctionnée. Après une exclusion, une réadmission dans un modèle d'assurance alternatif de l'assureur est possible au plus tôt pour l'année civile suivante.

8. Dispositions complémentaires

8.1 Qui notifie les décisions formelles et les décisions sur opposition?

Les décisions formelles et les décisions sur opposition sont notifiées par l'assureur.

8.2 Qui est responsable en cas de traitement inadéquat?

L'assureur et la société d'exploitation Managed Care ne répondent pas de l'application correcte, sur le plan professionnel, des traitements médicaux. Le fournisseur de prestations est seul responsable.

9. Promulgation et entrée en vigueur

9.1 Quand les CGA entrent-elles en vigueur?

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le

1er janvier 2024.

Elles peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.