

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance obligatoire des soins

Combi Care (LAMal)

A 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
- vivacare SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16

I Dispositions générales

1. Fondements de l'assurance

L'assurance Combi Care est une forme de l'assurance obligatoire des soins. Les bases légales de l'assurance Combi 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 du contrat d'assurance (CGA).

2. Objet et caractéristiques de Combi Care

L'assureur prend en charge les conséquences économiques de la maladie, de la maternité ou d'un accident.

La personne assurée doit choisir un médecin de famille reconnu par l'assureur au moment de la conclusion du contrat.

En cas de problème de santé, la personne assurée consulte le médecin de famille choisi ou le centre de conseil télé-médical. Font exception à l'obligation de consultation préalable les circonstances visées à l'art. 8 des présentes Conditions générales d'assurance.

3. Qui peut être le médecin de famille

Tout médecin spécialiste FMH en médecine interne générale ou pédiatrie, actif dans le domaine de la médecine de premier recours, 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 reconnus par l'assureur disposant d'une formation équivalente. Si l'assureur cesse de reconnaître un médecin de famille, il en avise la personne assurée par écrit. Celle-ci peut alors soit désigner un autre médecin de famille reconnu soit passer dans l'assurance de base ordinaire de l'assureur.

La personne assurée est tenue d'annoncer sans délai le changement de médecin de famille.

4. Adhésion

Peuvent conclure Combi Care toutes les personnes qui ont leur domicile légal (centre de vie) dans un canton dans lequel l'assureur offre Combi Care. Toutes les personnes assurées

dont le domicile se situe dans un canton dans lequel l'assureur offre Combi Care sont libres de passer de l'assurance de base ordinaire à Combi Care; ce changement est possible en tout temps, pour le premier jour d'un mois, au sein du même assureur.

II Prestations

5. Étendue des prestations

L'assurance Combi Care comprend les prestations légales obligatoires en cas de maladie, d'accident, d'infirmité congénitale et de maternité, pour autant que le déroulement du traitement défini et les instructions (obligations) aient été respectés. Font exception à cette obligation les circonstances visées à l'art. 8 des présentes Conditions générales d'assurance. Un non-respect de ces instructions (obligations) entraîne des sanctions, décrites à l'art. 10 des présentes Conditions générales d'assurance.

5.1 Prestations ambulatoires

Les traitements ambulatoires, la prise en charge et le conseil prévus dans l'assurance Combi Care sont en principe assumés par le médecin de famille choisi ou par le centre de conseil télé-médical.

L'assurance Combi Care prend en charge les frais de mesures diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les frais des médicaments et des analyses réalisés ou prescrits par le médecin de famille ou le centre de conseil télé-médical, pour autant que la LAMAL en prévoie la prise en charge.

5.2 Délégations

Sur délégation du médecin de famille ou du centre de conseil télé-médical, des médecins spécialistes ou d'autres fournisseurs de prestations peuvent être consultés. Les délégations du médecin de famille à d'autres fournisseurs de prestations doivent dans chaque cas être annoncées au centre de conseil télé-médical.

Les prestations fournies par d'autres fournisseurs de prestations, sans délégation préalable par le médecin de famille ou le centre de conseil télé-médical, ne sont prises en charge que dans des situations d'urgence et dans les cas exceptionnels prévus à l'art. 8. On parle d'un cas d'urgence lorsque, pour des raisons médicales, un traitement doit être effectué sans délai et que les conditions de distance et/ou de temps ne permettent pas d'aviser suffisamment tôt le médecin de famille ou le centre de conseil télé-médical.

5.3 Prestations stationnaires

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 soins aigus doit être ordonnée par le médecin de famille ou le centre de conseil télé-médical, ou se faire avec leur consentement.

5.4 Prestations à l'étranger

Les personnes assurées qui effectuent un séjour dans les États 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 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 Combi 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). Le médecin de famille ou le centre de conseil télé-médical ne doivent pas être contactés avant un recours à des prestations à l'étranger.

6. Participation aux coûts

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.

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

III Obligations et justification du droit à des prestations

7. Obligation de consultation et respect des instructions

Les personnes assurées, ou une tierce personne à leur place, doivent se plier aux instructions des médecins ou d'autres fournisseurs de prestations et veiller à l'économicité du traitement. Avant de fixer un rendez-vous pour un traitement médical, elles doivent prendre contact avec le centre de conseil télé-médical ou leur médecin de famille. Si la personne assurée est redirigée vers un autre médecin, un hôpital ou un établissement médico-social par le médecin de famille traitant, elle doit l'annoncer au centre de conseil télé-médical.

Les médecins définissent le traitement adéquat, en accord avec la personne assurée. Les instructions sont contraignantes pour la personne assurée. Le médecin de famille, ou le centre de conseil télé-médical, fixe le cadre temporel et les fournisseurs de prestations d'un éventuel traitement supplémentaire. Si le cadre temporel ne suffit pas ou si le plan de traitement fait l'objet d'une modification, la personne assurée doit obtenir l'approbation du centre de conseil télé-médical ou du médecin de famille avant de recourir à de nouvelles prestations.

Un non-respect de ces obligations entraîne des sanctions, décrites à l'art. 10 des présentes Conditions générales d'assurance.

8. Exceptions à l'obligation de consultation préalable

En cas d'urgence, la prise de contact préalable avec le centre de conseil télé-médical ou le médecin de famille n'est pas exigée.

On parle d'un cas d'urgence lorsque, pour des raisons médicales, un traitement doit être effectué sans délai et que les conditions de distance et/ou de temps ne permettent pas d'aviser suffisamment tôt le médecin de famille. La personne assurée est tenue d'annoncer les traitements d'urgence au centre de conseil télé-médical dans les meilleurs délais. Si un traitement consécutif/ examen de contrôle est nécessaire par la suite, il doit être annoncé au centre de conseil télé-médical avant le début dudit traitement/examen. Si le centre de conseil télé-médical donne son approbation, le traitement consécutif/l'examen de contrôle peut être également effectué auprès du fournisseur de prestations en charge du traitement d'urgence. Si le traitement consécutif/l'examen de contrôle est effectué par le médecin de famille choisi, il n'est pas nécessaire de l'annoncer au centre de conseil télé-médical.

Pour les examens et traitements suivants, une prise de contact préalable avec le médecin de famille ou le centre de conseil télé-médical n'est pas impérativement nécessaire:

- examens et traitements ophtalmologiques,
- examens et traitements gynécologiques ainsi que contrôles pendant et après la grossesse,
- prestations fournies ou prescrites par des pédiatres,
- traitements de médecine dentaire.

9. Obligation de retirer des génériques et biosimilaires

La personne assurée s'engage à demander un médicament économique (générique/biosimilaire ou une préparation originale comparativement meilleur marché), appartenant au groupe de substance active prescrit par le médecin. Les préparations originales sont remplacées par des génériques/biosimilaires pour autant que ces derniers soient plus économiques et que la personne assurée n'ait pas impérativement besoin de la préparation originale, pour des motifs médicaux.

9.1 Génériques

La liste «Nouvelle liste des génériques avec quote-part différenciée pour des originaux et des génériques», tenue par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), forme la base en la matière. La liste en vigueur peut être consultée sur le site Internet de l'OFSP ou de l'assureur. Si la personne assurée choisit un médicament figurant sur la liste des génériques de l'OFSP avec une quote-part supérieure (20%), pour lequel une alternative plus économique peut être offerte, les coûts du médicament original ne sont pas pris en charge.

9.2 Biosimilaires

Les biosimilaires sont des copies autorisées des produits biologiques originaux. Si la personne assurée choisit un médicament original pour lequel une alternative plus économique peut être offerte, les coûts du médicament original ne sont pas pris en charge. Les biosimilaires autorisés, avec nom commercial, substance active et indication de la préparation originale, doivent être demandés auprès du médecin de famille ou du centre de conseil télé-médical. Font exception à cette règle les cas où la personne assurée a impérativement besoin de la préparation originale avec quote-part supérieure, pour des motifs médicaux. Une attestation y relative du fournisseur de prestation doit être présentée, pour le décompte des prestations.

10. Sanctions en cas de violation des obligations associées à Combi Care

Les infractions aux règles visées à l'art. 2 (objet et caractéristiques de Combi Care), à l'art. 5 (étendue des prestations), à l'art. 7 (obligation de consultation et respect des instructions) ainsi qu'à l'art. 9 (obligation de retirer des génériques et biosi-

milaires) des présentes Conditions générales d'assurance sont sanctionnées comme suit.

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 Combi Care, 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. Une réintégration dans l'assurance Combi Care après une exclusion est possible au plus tôt pour l'année civile suivante.

Si la personne assurée a recours à des prestations ambulatoires ou stationnaires sans délégation ou consentement du médecin de famille ou du centre de conseil télé-médical, elle assume l'ensemble des coûts associés, sauf en présence d'une situation d'urgence ainsi que dans les cas exceptionnels mentionnés à l'art. 8.

La prise en charge des coûts par la personne assurée est calculée sur l'ensemble des prestations sollicitées en lien avec l'infraction aux règles. La sanction s'applique indépendamment de la faute, de la date et de l'âge de la personne assurée.

Génériques/biosimilaires: si la personne assurée choisit un médicament original pour lequel une alternative plus économique peut être offerte, les coûts du médicament original ne sont pas pris en charge.

11. Justification du droit à des prestations

Le droit à des prestations ou contributions arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la contribution était due (art. 24 al. 1 LPGA).

La participation aux coûts est régie par l'art. 6 des présentes Conditions générales d'assurance.

12. Cession et mise en gage de prestations

La personne assurée ne peut ni céder ni mettre en gage des créances à l'égard de l'assureur sans le consentement de ce dernier. La cession de créances à des fournisseurs de prestations demeure réservée.

IV Début et fin de l'assurance

13. Début de l'assurance

La personne assurée reçoit une police à titre de confirmation de la protection d'assurance. L'assurance commence à la date figurant dans la police. L'adhésion à Combi Care est régie par la LAMal et les dispositions de l'ordonnance afférente.

14. Modifications de l'assurance par la personne assurée

Le passage à une franchise inférieure, à une autre forme d'assurance ou à un autre assureur-maladie est possible pour la fin d'une année civile, moyennant le délai de résiliation légal.

La couverture accidents peut être exclue sur demande de la personne assurée, lorsqu'une assurance-accidents selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents) est attestée (accidents professionnels et non professionnels). L'exclusion a lieu au plus tôt pour le premier jour du mois suivant la demande. La couverture accidents est incluse immédiatement après l'expiration de l'assurance-accidents selon la LAA. La suppression de l'assurance-accidents doit être annoncée à l'assureur dans les 30 jours.

15. Modifications de l'assurance par l'assureur

Si le traitement médical par le médecin de famille choisi ou le centre de conseil télé-médical n'est plus possible, l'assureur est autorisé à transférer la personne assurée dans l'assurance de base ordinaire de l'assureur, moyennant un délai de 30 jours, pour le début du mois civil suivant. Sont valables comme motifs, en particulier (liste non exhaustive):

- séjour à l'étranger de la personne assurée pendant plus de trois mois;
- séjour dans un établissement médico-social, le service de soins d'un home pour personnes âgées ou le service pour malades chroniques d'un hôpital pour soins aigus;
- séjour de longue durée de plus de trois mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de réadaptation et autres établissements similaires;
- lorsque la personne assurée se trouve en détention;
- lorsque la personne assurée sort du rayon d'activité de l'assureur;
- lorsque la personne assurée quitte le médecin de famille choisi sans indiquer un nouveau médecin de famille.

16. Sortie

La résiliation ordinaire de l'assurance Combi 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.

17. Suppression de Combi Care par l'assureur

Si l'assurance Combi Care 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.

V Primes

18. Paiement des primes et exigibilité

Les primes sont dues pour la fin du mois précédent (art. 90 OAMal). Elles peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement, bimensuellement ou mensuellement, sachant que l'année d'assurance débute le 1er janvier.

Si l'assurance est terminée prématurément, la prime non utilisée est remboursée au pro rata.

Les primes dues ne peuvent pas être compensées par la personne assurée avec des prestations arriérées

19. Retard de paiement

Lorsque la personne assurée n'a pas payé des primes et des 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.

Les rappels se font par écrit.

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

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

VI Protection des données

20. Protection des données et obligation de garder le secret

Tous les collaborateurs de l'assureur sont soumis à l'obligation légale de garder le secret selon la LPGA. La protection des données se base sur la LAMal et la LPGA.

L'assureur peut, dans la mesure où cela est nécessaire ou légalement autorisé, communiquer des données à des tiers autorisés (p. ex. fournisseurs de prestations, autres assureurs et autorités) ou demander des données auprès de ces derniers, dans la même mesure

21. Échange de données

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 Combi 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 Combi Care ainsi que les données d'assurance de ces personnes.

VII Voies de droit

22. Possibilités légales pour les personnes assurées

Si une personne assurée n'est pas d'accord avec une décision de l'assureur, elle peut demander, dans un délai approprié, que l'assureur rende une décision écrite, avec indication des motifs et voies de droit.

Elle peut faire opposition contre une décision dans un délai de 30 jours, auprès de l'assureur. L'assureur examine l'opposition et rend une décision écrite sur opposition avec indication des motifs et des voies de recours.

Pour contester une décision sur opposition de l'assureur, il faut former un recours auprès du tribunal cantonal des assurances dans un délai de 30 jours. Est compétent le tribunal des assurances du canton de domicile de la personne assurée ou du tiers en charge du recours. Si le domicile de la personne assurée ou du tiers en charge du recours se situe à l'étranger, est compétent le tribunal des assurances du canton dans lequel se trouvait son dernier domicile suisse ou dans lequel se situe le siège de son dernier employeur suisse; si aucun de ces lieux ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA).

Un recours peut aussi être formé lorsque, contrairement à la demande de la personne assurée, l'assureur n'a rendu ni décision formelle ni décision sur opposition.

Un recours contre la décision d'un tribunal cantonal des assurances peut être formé auprès du Tribunal fédéral, conformément à la loi sur le Tribunal fédéral (LTF).

VIII Divers

23. Versement de prestations

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

Si l'assureur est débiteur à l'égard du fournisseur de prestations, en raison de contrats, il verse ses prestations à ce dernier et facture la participation aux coûts à la personne assurée (système du tiers payant).

L'assureur peut compenser des prestations d'assurance dues aussi bien avec des créances de primes arriérées qu'avec des participations aux coûts arriérées, jusqu'à l'établissement de la réquisition de poursuite.

24. Obligation de déclaration

La personne assurée est tenue d'annoncer sans délai à l'assureur l'ensemble des modifications concernant le rapport d'assurance (changements de nom, de domicile, de médecin de famille, etc.). Elle est responsable des dommages résultant d'une annonce tardive.

L'adresse indiquée sur la police est celle à laquelle doivent être adressées les communications à l'assureur ou les justifications du droit à des prestations de l'assureur.

25. Adaptation des conditions du contrat

Les modifications des présentes Conditions générales du contrat d'assurance sont publiées dans le magazine de la clientèle de l'assureur et sur son site Internet.

26. Entrée en vigueur

Les présentes Conditions générales du contrat d'assurance entrent en vigueur au 1er janvier 2022. Elles sont publiées sur le site Internet de l'assureur-maladie. Elles peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.