

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance obligatoire des soins

Plan de santé VIVA (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.

1. Principes généraux

1.1 Qu'est-ce que le plan de santé VIVA?

L'assureur propose le plan de santé VIVA dans des régions d'assurance définies. Les régions d'assurance actuelles reconnues par l'assureur et leurs cabinets de médecins de famille et centres de santé affiliés sont visibles sur le site Internet de l'assureur. Les bases légales du plan de santé VIVA 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).

Le plan de santé VIVA est une forme de l'assurance de base légale; il est régi en particulier conformément à l'article 41 alinéa 4 et à l'article 62 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Votre assureur est indiqué sur votre police d'assurance.

1.2 Sur quel principe se fonde le plan de santé VIVA?

Le plan de santé VIVA est fondé sur le principe des soins intégrés, qui se caractérise par l'approche globale de la prise en charge, du conseil et des soins médicaux des personnes assurées. Le cabinet de médecins de famille ou le centre de santé choisi coordonne tous les traitements médicaux.

En concluant le plan de santé VIVA, les personnes assurées déclarent accepter que tous les examens et traitements médicaux soient prodigués par le cabinet de médecins de famille ou le centre de santé choisi, ou que celui-ci les assigne à des médecins spécialistes et à d'autres fournisseurs de prestations.

1.3 Comment les soins intégrés sont-ils organisés dans le plan de santé VIVA?

Organisation de soins

L'organisation de soins est un regroupement de fournisseurs de prestations médicales qui assure des soins médicaux intégrés et coordonnés pour les personnes assurées (membres de l'organisation de soins). L'organisation de soins choisie est indiquée sur la police d'assurance.

Cabinet de médecins de famille / centre de santé (premier point de contact)

Lors de la conclusion du contrat d'assurance, la personne assurée choisit un cabinet de médecins de famille ou un centre de santé affilié à l'organisation de santé correspondante. Le cabinet de médecins de famille ou le centre de santé choisi est indiqué sur la police d'assurance. Le suivi médical est assuré par un/e médecin de famille du cabinet de médecins de famille ou du centre de santé choisi. Le cabinet de médecins de famille ou le centre de santé choisi est désigné ci-après par «fournisseur de prestations en charge de la coordination».

À part en cas d'urgences, pour des examens et traitements gynécologiques et pour des traitements de médecine dentaire, il faut toujours s'adresser en premier lieu au fournisseur de prestations en charge de la coordination que ce soit pour un traitement ambulatoire ou stationnaire.

1.4 Quelles prestations sont incluses dans le plan de santé VIVA?

Le plan de santé VIVA inclut les prestations légales obligatoires en cas de maladie, d'accident, d'infirmité congénitale, de grossesse et de maternité.

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

Les traitements d'urgence sont couverts dans le cadre des prestations légales obligatoires pour autant qu'ils soient prodigués par un/e médecin ou autre fournisseur de prestations autorisé par la LAMal. On parle de 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 fournisseur de prestations en charge de la coordination.

1.6 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 personnes assurées doivent annoncer à l'assureur toute modification intervenant dans leur couverture d'assurance-accidents dans un délai d'un mois.

1.7 Est-il possible de conclure une franchise annuelle à option?

Dans le plan de santé VIVA, il est possible de conclure une franchise annuelle à option.

Les franchises annuelles à option sont déterminées selon les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

1.8 Comment l'assureur informe-t-il les personnes assurées? Quelles obligations d'annoncer ont les personnes assurées?

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 la forme d'une police d'assurance.

c) Obligations d'annoncer des personnes assurées

Les personnes assurées sont dans l'obligation d'annoncer à l'unité d'organisation de l'assureur figurant sur la police d'assurance, dans un délai d'un mois, toutes les modifi-

cations personnelles (p. ex. changement d'adresse ou de médecin de famille) susceptibles d'intéresser l'assurance.

- d) Non-observation des obligations d'annoncer**
Les préjudices résultant de la non-observation des obligations d'annoncer sont à la charge de la personne assurée.

2. Prestations

2.1 Qu'est-ce qui est assuré?

Les prestations allouées au titre du plan de santé VIVA sont fixées exclusivement selon la LAMal.

2.2 Qui fournit les prestations?

Les traitements ambulatoires, le suivi et le conseil prévus dans le plan de santé VIVA sont assumés par le fournisseur de prestations en charge de la coordination (choix restreint du médecin).

2.3 Quelles prestations sont prises en charge?

Le plan de santé VIVA prend en charge les frais des médicaments, analyses et mesures thérapeutiques prescrits par le fournisseur de prestations en charge de la coordination, pour autant que leur prise en charge soit prévue par la LAMal. Les prestations exécutées par d'autres fournisseurs de prestations sont prises en charge de manière analogue, pour autant qu'il y ait eu un cas d'urgence ou que le fournisseur de prestations en charge de la coordination ait ordonné l'intervention d'un autre fournisseur de prestations.

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

Sur assignation du fournisseur de prestations en charge de la coordination, des médecins spécialistes externes ou d'autres fournisseurs de prestations peuvent être consultés. Le plan de santé VIVA prend en charge les coûts selon la LAMal.

2.5 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 dans un hôpital de la liste situé 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 hospitalier.

2.6 Quand l'accord du fournisseur de prestations en charge de la coordination est-il nécessaire?

Sauf cas d'urgence, l'hospitalisation dans un établissement pour soins aigus doit être ordonnée par le fournisseur de prestations en charge de la coordination ou se faire avec son accord.

2.7 Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

La prise en charge des prestations ambulatoires et stationnaires qui ne sont pas causées par un cas d'urgence selon le chiffre 1.5 et qui ont été fournies sans l'assignation du fournisseur de prestations en charge de la coordination incombe aux personnes assurées concernées.

2.8 Quand doit avoir lieu une restitution des prestations?

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

2.9 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.

2.10 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 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 prévue du séjour. En cas de séjour dans d'autres pays étrangers, le droit aux prestations des personnes assurées 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 recevoir ce traitement.

Après un traitement à l'étranger, la personne assurée a l'obligation d'informer immédiatement son fournisseur de prestations en charge de la coordination, au plus tard dans un délai de 30 jours. Dans le cadre des dispositions légales, l'assureur prend en charge les coûts d'un accouchement à l'étranger lorsqu'il est un 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).

2.12 Que se passe-t-il en cas d'assurances multiples ou de prestations de tiers?

Si d'autres assurances ou des tiers sont aussi tenus d'allouer des prestations, la personne assurée doit en informer l'assureur. Elle doit également lui communiquer les prestations et les indemnisations dont elle a pu bénéficier. Les déclarations de renonciation aux prestations doivent être communiquées à l'assureur avant la signature. Les personnes assurées sont tenues de signaler à l'assureur les droits qu'elles peuvent faire valoir auprès d'autres assureurs ou de tiers ayant une obligation de payer.

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

Les relations entre le plan de santé VIVA et 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, l'assureur est subrogé à tout tiers dont la responsabilité est impliquée dans le cas d'assurance dans les droits de la personne assurée jusqu'à concurrence des prestations légales.

2.15 Comment s'effectue le versement des 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.

3. Primes et participation aux coûts

3.1 Quelles sont les primes à payer?

La prime du plan de santé VIVA est fixée selon 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 existants?

Les groupes d'âge sont les suivants:

- I. enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus;
- II. personnes assurées entre leurs 18 ans et leurs 25 ans révolus;
- III. personnes assurées dès leur 26^e 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, respectivement de 25 ans révolus.

3.3 Quelle participation aux coûts doit être payée?

Les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) sont applicables.

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.

3.4 Pas de participation aux coûts pour les prestations de prévention

L'assureur renonce à percevoir la participation aux coûts pour les prestations selon le chapitre 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (mesures de prévention, art. 12a à 12e OPAS).

3.5 Quels sont les effets d'un retard de paiement?

- a) Primes / participations aux coûts
Si une personne assurée ne paie pas les primes et les participations aux coûts échues malgré un 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) Sommations
Les sommations se font par écrit.
- c) Frais
Les frais des procédures de poursuites et autres frais peuvent être mis à la charge de la personne assurée en retard de paiement. En cas de sommation ou de poursuite, une indemnisation pour frais administratifs peut être prélevée.
- d) Changement d'assureur
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.

3.6 Quelles prestations ne sont pas assurées?

Les prestations qui dépassent le cadre de l'assurance de base légale ne sont pas assurées. L'assurance de telles prestations se fait par le biais d'une assurance complémentaire facultative.

3.7 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. Adhésion

4.1 Quelles sont les conditions d'admission?

Le cercle des personnes soumises à l'obligation de s'assurer est déterminé par les dispositions légales. L'admission n'est

possible que s'il n'existe pas déjà d'assurance obligatoire des soins auprès d'un autre assureur.

Toutes les personnes assurées domiciliées dans la région d'assurance du plan de santé VIVA peuvent passer en tout temps de l'assurance de base ordinaire au plan de santé VIVA. Le domicile de droit civil est déterminant pour l'appartenance à la région d'assurance.

5. Sortie

5.1 Quels sont les délais de résiliation?

La résiliation ordinaire du plan de santé VIVA 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. Les possibilités de résiliation extraordinaires selon l'article 7 alinéas 2 à 4 de la LAMal demeurent réservées. 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?

- a) Départ de la région d'assurance d'une organisation de santé VIVA
En cas de changement de domicile dans une localité située en dehors de la région d'assurance du plan de santé VIVA, les personnes assurées sont transférées dans l'assurance de base ordinaire de l'assureur pour le début du mois qui suit le changement de domicile. La sortie de la région d'assurance de l'organisation de santé doit être annoncée à l'assureur dans un délai d'un mois.
- b) Arrivée dans la région d'assurance d'une organisation de soins VIVA
En cas de transfert de domicile dans la région d'assurance d'une autre organisation de soins VIVA de l'assureur, les personnes assurées ont le droit de poursuivre leur plan de santé VIVA dans la nouvelle organisation de soins VIVA. La sortie de la région d'assurance de l'organisation de soins VIVA actuelle ainsi que le maintien de l'assurance dans la nouvelle organisation de soins VIVA doivent être annoncés à l'assureur dans un délai d'un mois à compter de la date du changement de domicile.

5.3 Que se passe-t-il si le fournisseur de prestations en charge de la coordination met fin à la relation contractuelle?

Si le fournisseur de prestations en charge de la coordination résilie le contrat avec l'organisation de soins, les personnes assurées inscrites auprès de ce fournisseur de prestations peuvent choisir librement un nouveau fournisseur de prestations en charge de la coordination dans les 30 jours à compter de la communication écrite de l'assureur ou passer dans l'assurance obligatoire des soins ordinaire de celui-ci. Si aucun nouveau fournisseur de prestations en charge de la coordination n'est annoncé à l'assureur dans le délai imparti, la personne assurée passe automatiquement dans l'assurance obligatoire des soins ordinaire de l'assureur au début du mois suivant.

5.4 Que se passe-t-il en cas de résiliation du contrat entre l'assureur et l'organisation de soins?

En cas de résiliation du contrat entre l'assureur et l'organisation de soins, l'assurance des soins plan de santé VIVA (LAMal) devient caduque. 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 si le suivi par le fournisseur de prestations en charge de la coordination n'est plus possible?

Si le suivi par le fournisseur de prestations en charge de la coordination n'est plus possible pour des raisons qui dépendent de la personne assurée (par ex. admission dans un établissement médico-social), l'assureur a le droit de transférer la personne assurée dans son assurance de base ordinaire pour le début d'un mois 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 des soins légale et d'assurer le suivi des personnes assurées selon le principe des soins intégrés pour 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 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 d'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, disponible 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 des données à des fins de traitement 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 concerner des données personnelles, telles que le nom, la date de naissance et le numéro d'assuré/e, mais aussi des données personnelles sensibles, notamment des données individuelles relatives à la santé. À cet égard, les exigences légales plus strictes concernant le traitement de données personnelles sensibles sont respectées. L'assureur et l'organisation de soins se transmettent réciproquement les données administratives nécessaires par le biais d'une plateforme sécurisée. L'assureur transmet réguliè-

ment à l'organisation de soins des listes des personnes assurées inscrites auprès de chaque fournisseur de prestations en charge de la coordination avec les données d'assurance correspondantes des différentes personnes assurées, ainsi qu'un aperçu des prestations médicales auxquelles les personnes assurées inscrites auprès d'un fournisseur de prestations en charge de la coordination de l'organisation de soins en question ont eu recours. L'organisation de soins transmet régulièrement à Visana un aperçu des prestations médicales qui n'ont pas été fournies ou prescrites par le fournisseur de prestations en charge de la coordination en question. En outre, l'organisation de soins transmet régulièrement à Visana un aperçu des personnes assurées qui n'ont pas respecté leurs obligations selon les chiffres 7.10 et 7.11.

7. Obligations des personnes assurées

7.1 Comment choisir son fournisseur de prestations en charge de la coordination?

Les personnes assurées choisissent leur fournisseur de prestations en charge de la coordination dans la liste des médecins du plan de santé VIVA. Elles peuvent changer de médecin au maximum une fois par année civile pour le début d'un mois moyennant un délai d'un mois.

Les personnes assurées sont tenues d'annoncer ce changement à l'ancien fournisseur de prestations en charge de la coordination et à l'assureur. Elles autorisent leur ancien fournisseur de prestations en charge de la coordination à transmettre au nouveau les informations et documents relatifs aux traitements suivis en le déliant du secret professionnel.

7.2 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'économie du traitement. Elles doivent consulter le fournisseur de prestations en charge de la coordination avant toute prise de rendez-vous pour un traitement médical. Le fournisseur de prestations en charge de la coordination définit le traitement adéquat en accord avec la personne assurée. Les instructions sont contraignantes pour la personne assurée. Le fournisseur de prestations en charge de la coordination détermine le cadre temporel et le fournisseur de prestations pour un éventuel traitement ultérieur. 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 fournisseur de prestations en charge de la coordination avant de recourir à de nouvelles prestations. Un non-respect de ces obligations entraîne des sanctions, décrites à l'art. 8 des présentes Conditions générales d'assurance.

7.3 Quelle est la procédure à suivre en cas d'urgence?

En cas d'urgence, les personnes assurées prennent contact avec leur fournisseur de prestations en charge de la coordination.

S'il n'est pas atteignable, elles s'adressent à son remplaçant ou à l'organisation d'urgence compétente dans leur lieu de domicile ou de séjour. Dans le cas d'une hospitalisation d'urgence ou d'un traitement prodigué par un/e médecin du service des urgences, la personne assurée est tenue d'en informer son fournisseur de prestations en charge de la coordination dès que possible et de lui transmettre un rapport du/de la médecin du service des urgences.

7.4 Quelle est la procédure à suivre en cas de traitement stationnaire?

Pour toute hospitalisation dans un établissement pour soins aigus, l'accord préalable du fournisseur de prestations en charge

de la coordination est nécessaire (excepté dans les cas d'urgence).

7.5 Quelles sont les obligations en cas d'assignation à des médecins spécialistes?

Si la personne assurée est envoyée par son fournisseur de prestations en charge de la coordination chez un/e spécialiste et que celui/celle-ci recommande un traitement ou des éclaircissements auprès d'un/e autre médecin ou dans une institution hospitalière, la personne assurée est tenue d'en informer son fournisseur de prestations en charge de la coordination et d'obtenir son approbation.

7.6 Comment procéder en cas de traitements gynécologiques?

Les examens et traitements gynécologiques peuvent être effectués librement. Après un examen ou un traitement, la personne assurée a l'obligation d'informer immédiatement son fournisseur de prestations en charge de la coordination, au plus tard dans un délai de 30 jours.

7.7 Comment procéder en cas de besoin d'une autorisation pour les cures thermales?

Les prestations légales obligatoires pour les cures thermales sont versées uniquement si l'ordonnance y relative a été émise ou approuvée par le fournisseur de prestations en charge de la coordination.

7.8 De quel droit de regard jouit le fournisseur de prestations en charge de la coordination?

Les personnes assurées acceptent que leur fournisseur de prestations en charge de la coordination ainsi que l'organisation de soins puissent prendre connaissance des données thérapeutiques et comptables nécessaires relatives à leur traitement médical.

7.9 Obligation de retirer des génériques et biosimilaires

La personne assurée s'engage à demander un médicament économique (générique / biosimilaire ou préparation originale comparativement meilleur marché) appartenant au groupe de substance active prescrit par le/la 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.

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 est offerte, les coûts du médicament original ne sont pas pris en charge.

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 est 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 fournisseur de prestations en charge de la coordination. Font exception à cette règle les cas où la personne assurée a impérativement besoin de la préparation originale avec quote-part plus élevée pour des motifs médicaux. Une attestation y relative du fournisseur de prestation doit être présentée pour le décompte des prestations.

7.10 Communication des antécédents médicaux et de l'état de santé

Lors de l'entrée dans le plan de santé VIVA, la personne assurée s'engage à partager les documents médicaux existants avec le fournisseur de prestations en charge de la coordination choisi et à lui fournir des informations complètes et conformes à la vérité sur son état de santé.

7.11 Programmes de gestion des maladies chroniques

La personne assurée est tenue, sur ordre du fournisseur de prestations en charge de la coordination choisi, de se soumettre à des programmes de gestion des maladies chroniques. Les programmes et les fournisseurs de prestations impliqués sont définis par le fournisseur de prestations en charge de la coordination.

8. Sanctions en cas de non-respect des obligations du plan de santé VIVA

8.1 Que se passe-t-il si les personnes assurées ne remplissent pas leurs obligations?

Les personnes assurées qui ne respectent pas les obligations énoncées aux points 7.2 à 7.7 ainsi qu'au point 7.9 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 du plan de santé VIVA 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.

8.2 Que se passe-t-il si les personnes assurées ne respectent pas les prescriptions du fournisseur de prestations en charge de la coordination?

Si la personne assurée ne se conforme pas aux dispositions des points 7.10 ou 7.11, elle est exclue du plan de santé VIVA et transférée dans l'assurance des soins ordinaire après un délai de réflexion de 30 jours.

9. Dispositions complémentaires

9.1 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 auprès de l'assureur dans un délai de 30 jours. 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, contrai-

rement à la demande de la personne assurée, l'assureur n'a rendu ni décision formelle ni décision sur opposition. La décision d'un tribunal cantonal des assurances peut faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal fédéral (TF), conformément à la loi sur le Tribunal fédéral (LTF).

9.2 Qui est responsable en cas d'erreur de traitement?

L'assureur et l'organisation de soins ne répondent pas de l'application correcte des traitements médicaux sur le plan professionnel. Le fournisseur de prestations est seul responsable.

10. Entrée en vigueur

10.1 À partir de quand les présentes CGA sont-elles valables?

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le 1er janvier 2024. Elles peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.