

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance des soins

Med Call (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

1. Principes

1.1 Quelles sont les bases légales appliquées?

L'assurance Med Call est une forme de l'assurance obligatoire des soins. Les bases légales de l'assurance Med Call 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 Après de qui l'assurance est-elle conclue?

Votre assureur est indiqué sur votre police d'assurance.

1.3 Où l'assureur propose-t-il l'assurance Med Call?

Les assureurs proposent l'assurance Med Call dans toute la Suisse.

1.4 Qu'est-ce que l'assurance Med Call?

L'assurance Med Call 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).

1.5 Sur quel principe l'assurance Med Call est-elle fondée?

Pour des questions médicales et plus particulièrement avant de convenir d'une première consultation chez un médecin, les assurés, ou à défaut des tiers, prennent contact par téléphone avec le centre de conseil médical. Le centre de conseil médical ne fournit pas de prestations diagnostiques ou thérapeutiques mais se limite à un conseil médical ou à une recommandation pour l'étape de traitement suivante, en fonction de la gravité de la maladie ou de l'urgence du problème de santé. La personne assurée est libre de se conformer ou non à la recommandation reçue.

1.6 Quelles sont les prestations incluses dans l'assurance Med Call?

L'assurance Med Call comprend les prestations obligatoires prévues par la loi en cas de maladie, d'accidents, d'infirmités congénitales ainsi que de maternité.

1.7 Pouvez-vous suspendre la couverture du risque-accidents?

La couverture du risque-accidents peut être suspendue pour autant qu'il existe une couverture complète pour les accidents selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA). La suspension doit être demandée par écrit à l'assureur. Les assurés doivent annoncer à l'assureur dans l'espace d'un mois toute modification intervenant dans leur couverture d'assurance-accidents.

1.8 Pouvez-vous conclure l'assurance avec une franchise annuelle à option?

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

1.9 Où l'assureur exerce-t-il son activité?

L'aire d'activité de l'assureur comprend toute la Suisse.

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

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) 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 Med Call sont fixées exclusivement d'après la LAMal.

2.2 Quelles sont les prestations ambulatoires prises en charge?

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

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

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

2.4 Quand devez-vous restituer des prestations?

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

2.5 Quand commence le droit aux prestations?

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

2.6 Où l'assurance est-elle valable?

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

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

Les assurés qui effectuent un séjour dans les Etats membres de l'UE ainsi qu'en Islande ou en Norvège peuvent avoir recours aux traitements médicalement nécessaires, compte tenu de la nature des prestations et de la durée probable du séjour. En cas de séjour dans d'autres pays étrangers, le droit aux prestations des assurés est limité aux traitements d'urgence. Il y a urgence lorsque la personne assurée qui séjourne temporairement à l'étranger a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque la personne assurée se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.

Dans le cadre des dispositions légales, l'assurance Med Call prend en charge les coûts d'un accouchement à l'étranger constituant le moyen de procurer à l'enfant sa nationalité dans le pays étranger.

Le montant des prestations est régi par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

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

Si d'autres assurances ou des tiers sont aussi tenus d'allouer des prestations pour un cas d'assurance, la personne assurée doit en informer l'assureur. La perception de prestations et d'indemnités est également soumise à l'obligation d'annoncer. Les déclarations de renonciation aux prestations doivent être communiquées à l'assureur avant la signature. Les assurés ont l'obligation de revendiquer leur droit aux prestations envers d'autres assureurs ou des tiers responsables.

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

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

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

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

2.11 Comment s'effectue le versement des prestations?

Les assurés s'engagent à indiquer à l'assureur un compte bancaire ou postal en Suisse comme adresse de paiement. S'ils

omettent de le faire, les frais de paiement qui en résultent sont à leur charge.

3. Primes et participation aux coûts

3.1 Quelles primes devez-vous payer?

La prime de l'assurance Med Call 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 de 19 à 25 ans révolus

III assurés dès l'âge de 26 ans

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 Quelles participations 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 dans le 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. 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, participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et frais de poursuite dus.

3.5 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?

L'assurance Med Call peut être conclue par tous les assurés ayant leur domicile civil en Suisse. Tous les assurés domiciliés en Suisse peuvent à tout moment demander à passer de l'assurance de base ordinaire dans l'assurance Med Call, pour le 1^{er} d'un mois.

5. Sortie

5.1 Quels sont les délais de résiliation?

La résiliation ordinaire de l'assurance Med Call 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 Quels sont les effets d'un transfert du domicile?

Un changement de domicile 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 Call par l'assureur?

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

6. Obligations des assurés

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

Les assurés sont tenus de prendre contact avec le centre de conseil médical avant d'avoir recours à des prestations médicales ou avant une hospitalisation, particulièrement avant de convenir d'une première consultation chez un médecin.

6.2 Y a-t-il des exceptions à cette obligation?

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

1. les aides visuelles dans les cas mentionnés dans la Liste des moyens et appareils (LiMA)
2. les prestations relatives à la maternité;
3. les examens gynécologiques de prévention;
4. les maladies gynécologiques;
5. les examens ophtalmologiques ambulatoires;
6. les traitements dentaires;
7. les cas d'urgence.

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

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

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

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

7. Dispositions complémentaires

7.1 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.

7.2 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.

Dans le cadre de Med Call, l'assureur reçoit du centre de conseil médical toutes les données personnelles dont il a besoin pour accomplir les tâches qui lui incombent selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Sont en particulier transmis le numéro d'assuré/e, le nom, la date de naissance, le sexe de la personne assurée ainsi que le numéro de facture concerné,

le montant de la facture, la période de traitement et le numéro RCC ainsi que le nom du fournisseur de prestations, afin que l'assureur puisse procéder au controlling et à la gestion des infractions. L'assureur respecte les dispositions applicables relatives à la protection des données, à savoir la loi suisse sur la protection des données, et les autres dispositions légales, en particulier les art. 84, 84a et 84b LAMal. L'assureur transmet régulièrement au centre de conseil médical les listes des personnes assurées dans l'assurance Med Call ainsi que les données d'assurance de ces personnes.

7.3 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.

7.4 Sanctions en cas de violation des obligations associées à Med Call

Les personnes assurées qui ne respectent pas les obligations énoncées à l'article 1.5 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 Med Call 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. Mise en vigueur

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

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