

# Conditions générales d'assurance (CGA)

## Assurance des soins avec bonus (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.
- La version originale des présentes Conditions est la version en allemand. Les autres versions, en d'autres langues, sont des traductions. En cas d'éventuels problèmes d'interprétation, le texte allemand fait foi.

### 1. Principe

#### 1.1 Qu'est-ce que l'assurance avec bonus?

L'assurance avec bonus est une forme particulière d'assurance pour laquelle une réduction de primes est accordée lorsque la personne assurée n'a pas eu recours aux prestations durant une année. Les prestations de maternité et les mesures de prévention constituent une exception.

### 2. Prestations

#### 2.1 Qu'est-ce qui est assuré?

Dans l'assurance avec bonus, les prestations accordées sont les mêmes que dans l'assurance obligatoire des soins.

Sont déterminantes pour l'octroi ou la perte d'une réduction de la prime selon le chiffre 3.2 des présentes CGA toutes les prestations de soins pour traitements ambulatoires et hospitaliers selon les CGA de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception des prestations en cas de maternité et pour la prévention médicale.

Si, au cours d'une période de référence, une personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation selon le 2<sup>e</sup> alinéa ou a remboursé dans les délais les prestations reçues, elle passe au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante dans l'échelon de primes immédiatement inférieur, dans la mesure où elle n'a pas déjà atteint l'échelon de primes le plus bas.

Si, au cours de la période de référence, une personne assurée a bénéficié de prestations selon le 2<sup>e</sup> alinéa ou n'a pas remboursé des prestations reçues dans les délais fixés, les primes augmentent au 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile suivante d'un échelon de primes, mais tout au plus jusqu'à l'échelon de primes 4 (cf. ch. 3.2).

#### 2.2 Qu'est-ce que la période de référence?

La période allant du 1<sup>er</sup> octobre au 30 septembre est réputée période de référence permettant d'établir si la personne assurée a bénéficié de prestations selon le chiffre 2.1 des présentes CGA. Dans la première année de l'affiliation à l'assurance avec bonus, cette période dure du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre.

### 3. Primes et participation aux coûts

#### 3.1 Quelle est la prime initiale?

La prime de base de l'assurance avec bonus est de 10% plus élevée que la prime de l'assurance obligatoire des soins.

#### 3.2 Quels sont les échelons de primes?

Les échelons de primes suivants sont applicables:

Echelon de prime	Reduction en % de la prime de base de l'assurance avec bonus
4	0 durant la première année
3	15 durant la deuxième année, après une période de référence sans recours aux prestations
2	25 durant la troisième année, après deux périodes de référence sans recours aux prestations
1	35 durant la quatrième année, après trois périodes de référence sans recours aux prestations
0	45 dès la cinquième année, après quatre périodes de référence sans recours aux prestations

Le recours aux prestations durant une période de référence entraîne une rétrogradation d'un échelon de primes (cf. ch. 2.1), mais tout au plus jusqu'à l'échelon de primes 4.

#### 3.3 Comment les échelons de primes sont-ils fixés?

La date de traitement est déterminante pour l'attribution des frais de traitement à la période de référence correspondante.

Les factures des fournisseurs de prestations, avec date de traitement jusqu'au 30 septembre, doivent être transmises jusqu'au 31 octobre.

Si, pour une raison excusable, des factures sont transmises pour remboursement après cette date, elles seront encore acceptées et prises en considération dans le calcul des primes, le cas échéant, également avec effet rétroactif.

Les factures de fournisseurs de prestations, avec date de traitement jusqu'au 30 Septembre et transmises jusqu'au 31 octobre, sont prises en considération dans le calcul ordinaire du bonus pour la prochaine année de primes. Pour les factures transmises après le 31 octobre, un calcul extraordinaire du bonus sera effectué avec, le cas échéant, également une adaptation rétroactive de l'échelon de primes.

A la réception du décompte du bonus, la personne assurée peut, dans un délai de 30 jours, rembourser les prestations reçues afin d'empêcher la rétrogradation indiquée de l'échelon de primes. A cet effet, la Visana remet à la personne assurée à la fin de la période de référence une récapitulation des prestations reçues. Si le paiement est effectué en retard, le montant payé est remboursé.

### 3.4 Quelles sont les participations aux coûts?

Toutes les prestations de l'assurance avec bonus sont soumises aux principes régissant la participation aux coûts selon la LAMal avec franchise annuelle ordinaire.

## 4. Admission

### 4.1 Quelles sont les conditions d'admission?

Tous les assurés de Visana qui ont souscrit l'assurance obligatoire des soins peuvent adhérer à l'assurance avec bonus pour le début d'une année civile, indépendamment de l'état de santé et de l'âge et sans qu'il soit porté atteinte à la répartition précédente dans les groupes d'âge.

Les nouveaux assurés peuvent adhérer à l'assurance avec bonus aux mêmes conditions que celles valables pour l'admission dans l'assurance obligatoire des soins, toutefois uniquement pour le début d'une année civile. Les dispositions mentionnées sous chiffre 2 des conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins sont applicables par analogie. Il en va de même pour les assurés de Visana qui n'ont pas encore conclu l'assurance des soins.

Lors d'un changement d'assureur au cours de l'année civile en raison de l'art. 7, alinéas 2, 3 et 4 LAMal, les périodes d'assurance sans prestations auprès d'une autre assurance-maladie seront mises en compte aux candidats aux admissions pour une assurance avec bonus.

Dans tous les autres cas, la période sans prestations dans une autre caisse-maladie ne sera pas prise en compte.

Les assurés de Visana, qui disposent d'une assurance des soins avec franchise annuelle à option, peuvent également adhérer à l'assurance avec bonus; la franchise annuelle plus élevée sera réduite au montant de la franchise annuelle ordinaire.

## 5. Sortie

### 5.1 Quels sont les délais de résiliation?

La résiliation ordinaire de l'assurance avec bonus peut avoir lieu pour la fin d'une année civile moyennant un délai de préavis de trois mois. La résiliation n'est valable que si elle est parvenue à la Visana dans les délais prescrits, c'est-à-dire au plus tard le dernier jour de travail précédant le délai de résiliation de trois mois. Suite à la communication de la nouvelle prime, l'assuré peut résilier l'assurance moyennant un délai de préavis d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

## 6. Dispositions diverses

### 6.1 Dans quelle mesure les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins sont-elles applicables?

Pour toutes les questions qui ne font pas l'objet d'une réglementation particulière dans le cadre des présentes CGA, les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins sont applicables.

### 6.2 Que se passe-t-il en cas de suppression de l'assurance avec bonus?

Si l'assurance avec bonus est supprimée par Visana à la fin d'une année, 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 Visana est effectué automatiquement.

La différence de 10% sur la prime de base (cf. ch. 3.1) sera remboursée aux assurés qui, dans un tel cas, n'ont pas compté plus de douze mois d'affiliation à l'assurance avec bonus.

## 7. Entrée en vigueur

### 7.1 Quand les présentes CGA entrent-elles en vigueur?

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) entrent en vigueur le 1er janvier 2015. Elles peuvent être modifiées en tout temps par la Visana.