

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE CGA (LAMaL)
RÈGLEMENT ASSURANCE MÉDECIN DE FAMILLE AGRI-eco
REGLEMENT ASSURANCE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE LAMaL

TABLE DE MATIERES

Conditions générales d'assurance CGA (LAMal)	5
I. DROIT APPLICABLE	5
II. PERSONNES ASSURÉES	5
III. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE	5
IV. PRIMES D'ASSURANCE/PARTICIPATION AUX FRAIS	5
V. OBLIGATION DE COLLABORER	6
VI. PRESTATIONS	6
VII. DISPOSITIONS DIVERSES	6
VIII. DISPOSITIONS FINALES	7
Règlement assurance médecin de famille AGRI-eco	8
I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	8
II. RAPPORTS D'ASSURANCE	8
III. CARACTÉRISTIQUES ET PRESTATIONS D'ASSURANCE	8
IV. PRIMES D'ASSURANCE/QUOTE-PART AUX FRAIS	8
V. OBLIGATIONS DE COLLABORER	9
VI. SANCTIONS	9
VII. DISPOSITIONS FINALES	9
Règlement assurance indemnité journalière LAMAL	10
I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	10
II. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE	10
III. OFFRE D'ASSURANCE	10
IV. GROUPES D'AGES ET PRIMES	11
V. PARTIE PRESTATIONS	11
VI. DISPOSITIONS FINALES	12

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE CGA (LAMal)

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. DROIT APPLICABLE

Art. 1 Bases

- 1 Les bases de cette assurance sont constituées par les dispositions de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), et de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal, ainsi que sur les présentes Conditions générales d'assurance LAMal.
- 2 Outre les présentes Conditions générales d'assurance (CGA LAMal), un règlement complémentaire est édicté pour l'assurance indemnité journalière selon la LAMal. Cela vaut aussi pour les formes d'assurance particulières offertes, dans la mesure où celles-ci l'exigent.

II. PERSONNES ASSURÉES

Art. 2 Admission

- 1 La Caisse-maladie Agrisano SA est tenue d'admettre, dans son rayon d'activité local, toute personne soumise à l'obligation de s'assurer et toute personne ayant le droit de conclure une assurance indemnités journalières.
- 2 Le requérant doit remplir entièrement et conformément à la vérité le formulaire de demande, ainsi que le questionnaire, mis à sa disposition par la Caisse-maladie Agrisano SA.

III. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE

Art. 3 Début des assurances

- 1 Toute personne domiciliée en Suisse doit, dans un délai de trois mois après s'être établi ou après la naissance en Suisse, s'assurer ou se faire assurer par son représentant légal pour les soins médico-pharmaceutiques. Pour l'affiliation, le début de l'assurance coïncide avec la naissance ou l'établissement dans le rayon d'activité de la Caisse-maladie Agrisano SA.
- 2 Lors d'une affiliation tardive, le début de l'assurance commence à la date de l'adhésion. Un supplément de prime sera perçu.

Art. 4 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin :

- a) En cas de décès
- b) Par un changement d'assureur
- c) Par l'exclusion de l'assurance de l'indemnité journalière
- d) Par la résiliation

Art. 5 Changement d'assureur

- 1 La résiliation de l'assurance de base obligatoire peut avoir lieu pour le 30 juin ou le 31 décembre. Si une franchise à option a été convenue, la résiliation ne peut avoir lieu que pour la fin d'une année civile. En outre, les dispositions légales particulières en cas de retard dans les paiements font foi.
- 2 La résiliation écrite du contrat doit avoir lieu dans un délai de trois mois.
- 3 Lors de l'adaptation des primes, des dispositions particulières sont applicables, qui seront communiquées avec l'adaptation des primes.
- 4 Si la Caisse-maladie Agrisano SA ne s'acquitte plus volontairement ou en raison d'une décision des autorités de son devoir d'assurance maladie sociale, les rapports d'assurance prennent fin par la dénonciation de l'autorisation.
- 5 Les rapports de l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques ne prennent fin vis-à-vis de la Caisse-maladie Agrisano SA que lorsque le nouvel assureur lui communique que la personne concernée est assurée par lui sans qu'il y ait une interruption dans la couverture d'assurance. Dès que la Caisse-maladie Agrisano SA est en possession de la communication, elle informe la personne concernée à partir de quand elle n'est plus assurée par elle.

Art. 6 Suspension de la couverture en cas d'accident

- 1 La couverture en cas d'accident professionnel et non professionnel peut être suspendue pour les assurés, qui sont couverts obligatoirement et entièrement, conformément à la loi fédérale sur la LAA. La Caisse-maladie Agrisano SA suspend l'assurance accident à la demande de la personne assurée, lorsque celle-ci peut apporter la preuve qu'elle dis-

pose de la couverture d'assurance LAA, dans ce cas la prime sera réduite. La proposition doit être présentée par écrit. La suspension débute au plus tôt le premier jour du mois qui suit la demande.

- 2 Les accidents sont couverts, conformément à la LAMal, aussitôt que la couverture en cas d'accident, selon la LAA, cesse totalement ou partiellement.
- 3 La Caisse-maladie Agrisano SA prend à charge les coûts consécutifs aux accidents qu'elle assurait avant la suspension de l'assurance.
- 4 La Caisse-maladie Agrisano SA doit informer par écrit l'assuré, au moment de son affiliation à l'assurance maladie sociale, de son devoir selon l'art. 10 LAMal.
- 5 L'employeur informe par écrit une personne désireuse de cesser les rapports de travail ou de se retirer de l'assurance accidents non professionnels, selon la LAA, qu'elle doit l'annoncer à son assureur, selon la LAMal, dans un délai d'un mois au maximum après en avoir été informé par son employeur ou par l'assurance chômage. Le même devoir incombe à l'assurance chômage si la prétention de prestations n'existe plus en ce qui la concerne et que la personne concernée ne s'engage pas dans de nouveaux rapports de travail.
- 6 Si l'assuré a manqué à son devoir selon l'alinéa 5, la Caisse-maladie Agrisano SA peut lui demander la partie accident de la prime, plus les intérêts moratoires, pour la période entre la fin de couverture accidents selon LAA et le moment où la Caisse-maladie Agrisano SA peut présenter la même créance envers l'employeur ou l'assurance chômage, s'ils ont manqué à leurs devoirs selon l'alinéa 5. La caisse maladie Agrisano peut faire valoir les mêmes exigences à leur égard.

IV. PRIMES D'ASSURANCE/PARTICIPATION AUX FRAIS

Art. 7 Primes d'assurance

- 1 Les primes sont fixées en fonction des dispositions de la LAMal.
- 2 Les primes sont dues à l'avance et indépendamment de l'état de santé de l'assuré.
- 3 Les assurés peuvent s'acquitter du paiement des primes mensuellement, bimestriellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.
- 4 La Caisse-maladie Agrisano SA accorde une réduction pour les paiements annuels et semestriels pour rémunérer les avances. La réduction des primes est fixée par le conseil d'administration.
- 5 La Caisse-maladie Agrisano SA peut réduire les primes pour des assurances spécifiques.

Art. 8 Catégories de primes

- 1 Pour les assurés jusqu'à l'âge de 18 ans (enfants), les primes exigées sont inférieures à celles des assurés dès l'âge de 25 ans (adultes).
- 2 Une réduction de primes peut aussi être accordée entre 18 et 25 ans (jeunes adultes).
- 3 Un changement de catégorie de primes est possible pour le début de la prochaine année civile.

Art. 9 Participation aux coûts

- 1 Les assurés participent aux frais des prestations fournies par la caisse maladie (participation aux coûts).
- 2 La participation aux frais se compose des montants suivants :
 - a) Franchise (montant annuel fixe)
 - b) Participation (pourcentage du montant des coûts dépassant la franchise)
 - c) Participation aux frais d'hospitalisation
- 3 La date du traitement est déterminante pour la participation aux coûts.
- 4 Les montants des primes d'assurance et de la participation aux coûts sont fixés selon les directives de la LAMal et de ses ordonnances.

Art. 10 Retard de paiement

- 1 Dans les cas où un assuré est en retard de paiement, les prescriptions légales s'appliquent pour la perception d'intérêts moratoires, d'émoluments administratifs de traitement de dossier, de frais de sommation et de poursuites ainsi que pour la suspension de la prise en charge des frais de traitement.
- 2 Les frais engendrés par un retard de paiement sont imputés à la personne assurée. En plus des frais prélevés par l'office des poursuites et

des frais administratifs, des intérêts moratoires d'un taux de 5 % sont facturés sur les primes en demeure.

V. OBLIGATION DE COLLABORER

Art. 11 Généralités

Le proposant ou le représentant légal doit donner les renseignements exigés par la loi dans le formulaire d'adhésion. S'il ne donne pas les informations requises par la loi en temps utile, la proposition est considérée comme nulle et non avenue.

Art. 12 Obligation d'aviser

- 1 L'assuré doit annoncer immédiatement les accidents soumis à l'assurance obligatoire LAMAL. Il doit renseigner la Caisse-maladie Agrisano SA sur :
 - a) l'heure, le lieu, les détails et les suites de l'accident ;
 - b) le médecin traitant ou l'hôpital ;
 - c) les éventuels responsables concernés et les assurances.
- 2 L'assuré est tenu, dans un délai de dix jours, de communiquer à la Caisse-maladie Agrisano SA chaque cas de maladie.
- 3 Les changements d'adresse et de nom, ainsi que les décès, doivent être communiqués par écrit, dans un délai de trente jours, à la Caisse-maladie Agrisano SA.
- 4 Les ordonnances en vue de mesures médicales (séjours en division aiguë, convalescences, cures, etc.) doivent être envoyés à la Caisse-maladie Agrisano SA par le prestataire ou par l'assuré avant le début du traitement. Sont exceptés les cas d'urgence.

VI. PRESTATIONS

Art. 13 Offre d'assurance

La Caisse-maladie Agrisano SA propose conformément à ces CGA et les règlements particuliers l'offre d'assurance suivante :

- a) l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal
- b) l'assurance indemnité journalière facultative selon la LAMal

Art. 14 Prestations générales

Les prestations à fournir par la Caisse-maladie Agrisano SA sont définies dans la LAMal et ses ordonnances.

Art. 15 Prestations en cas de maladie

La Caisse-maladie Agrisano SA prend en charge – en vertu des dispositions de la LAMal et de ses ordonnances d'application – les frais découlant des mesures servant à la pose du diagnostic ou au traitement d'une maladie ou de ses suites. Ces prestations comprennent en particulier :

- a) examens, soins et mesures thérapeutiques des médecins, chiropraticiens ou personnes fournissant des prestations sur mandat d'un médecin ;
- b) analyses ordonnées par un médecin, médicaments ainsi que des moyens et appareils servant pour les examens et soins ;
- c) participation aux cures de balnéaires ;
- d) séjour dans un hôpital sous contrat en division commune ;
- e) mesures de réhabilitation ;
- f) participation aux frais de transport et de sauvetage.

Art. 16 Prestations en cas d'accident

- 1 La caisse maladie-Agrisano SA prend en charge les frais d'accidents assujettis à la LAMal au même titre que les frais de maladie.
- 2 Est considéré comme accident l'effet néfaste, non volontaire d'un facteur externe extraordinaire qui nuit ou influence la santé physique ou psychique ou qui a comme conséquence le décès.
- 3 La couverture d'accidents perd son effet lorsqu'elle a été suspendue, conformément à l'art. 6 de ces CGA.

Art. 17 Prestations en cas de maternité

- 1 Selon la LAMal, les soins spécifiques à la maternité sont pris en charge aux mêmes conditions comme les prestations pour la maladie.
- 2 Les prestations suivantes sont considérées comme prestations de maternité :
 - a) examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme sur prescription d'un médecin, pendant et après la grossesse ;
 - b) accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins reconnue, ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme ;
 - c) les conseils nécessaires en cas d'allaitement.

3 Les prestations en cas de maternité ne sont pas soumises à la participation aux frais.

Art. 18 Soins dentaires

Les soins dentaires ne sont en général pas assurés dans le cadre de la LAMal. Exceptionnellement sont soumis au remboursement les frais des soins dentaires suivants :

- a) s'ils sont occasionnés par une maladie grave qui est soumise à la LAMal ;
- b) suite à un accident, si aucune autre assurance accident n'est impliquée prioritairement.

Art. 19 Conditions de la prise en charge des coûts

- 1 Le prestataire des soins ne doit dispenser que des prestations en soins limitées dans l'intérêt de la personne assurée et qui sont nécessaires pour le but du traitement.
- 2 Les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. Elles sont à réexaminer périodiquement.

Art. 20 Tarif appliqué/Choix des prestataires

- 1 Lors de soins ambulatoires, la Caisse-maladie Agrisano SA prend en charge les coûts, au maximum selon le tarif qui est appliqué au lieu de domicile ou de travail de la personne concernée.
- 2 Lors de soins stationnaires dans le canton de domicile, la Caisse-maladie Agrisano SA prend en charge les frais, au maximum selon les tarifs du canton de domicile.
- 3 Lors de soins hors canton, choisis volontairement, la Caisse-maladie Agrisano SA prend en charge le montant maximal des frais qui auraient été engendrés dans le canton de domicile. Lors d'une urgence médicale pour des soins hors canton, c'est le canton de domicile qui prend en charge les frais supplémentaires.
- 4 Pour les soins cités sous al. 2 et 3, le prestataire doit être mentionné sur la liste des hôpitaux agréés.
- 5 Lors de soins d'urgence à l'étranger, on rembourse au maximum le double des coûts que cela aurait engendré en Suisse.

Art. 21 Remboursement de prestations

- 1 L'original de la facture ou une quittance pour remboursement sont nécessaires pour faire valoir son droit. Aucun remboursement ne peut être fait sur la base de quittances, copies, récépissés de paiements ou extraits de comptabilité.
- 2 Le remboursement pour l'assuré est effectué sans frais, sur son compte bancaire ou postal. Les frais supplémentaires peuvent être demandés à l'assuré suite à un remboursement d'un autre type, en l'absence de compte bancaire ou postal.

Art. 22 Sur-assurance

- 1 Le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de la personne ayant droit.
- 2 A ce titre, les dispositions de la LPGA sont applicables.
- 3 Sous réserve d'une disposition impérative d'autre nature, les indemnités journalières relèvent de l'assurance dommages.

VII. DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 23 Décompte des dommages

Dans la mesure où la Caisse-maladie Agrisano SA a donné, volontairement ou sur la base d'un contrat vis-à-vis des personnes qui dressent la facture, des garanties de frais et autres, elle décompte directement - sous réserve de règlements contraires dans les contrats collectifs - avec le membre.

Art. 24 Obligation de limiter les dommages

- 1 L'assuré doit suivre consciencieusement les instructions médicales (comportement, prise de médicaments, thérapies, etc.) et éviter tout comportement qui met en danger ou qui ralentit sa guérison.
- 2 L'assuré ne doit pas avoir recours au médecin pour des traitements ou des examens inutiles ou économiquement disproportionnés.

Art. 25 Cession et mise en gage

Le droit aux prestations ne peut en principe ni être cédé ni être mis en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. Font exception les prestations accordées à titre rétroactif au sens de l'art. 22, al. 2 LPGA.

Art. 26 Disposition des dossiers/Protection des données

- 1 Les dossiers sont accessibles aux personnes concernées. Les données à caractère privé pour l'assuré et les membres de sa famille, ainsi que présentant des intérêts publics majeurs, sont à protéger.
- 2 La protection des données se conforme aux dispositions de la LPGA, de la LAMal et de la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Art. 27 Voie de droit

Lorsqu'une personne assurée refuse d'accepter une décision de la Caisse-maladie Agrisano SA, elle peut recourir conformément aux dispositions de la LPGA.

Art. 28 Décision

- 1 La Caisse-maladie Agrisano SA doit notifier par décision écrite en l'espace de 30 jours, toutes les décisions faisant l'objet d'une contestation.
- 2 La décision doit être motivée et contenir une indication des possibilités de recours. Les personnes concernées ne doivent pas subir de préjudices d'une notification incomplète de la décision.

Art. 29 Opposition

- 1 La personne assurée concernée peut faire opposition contre les décisions et déposer un recours auprès de la Caisse-maladie Agrisano SA, dans un délai de 30 jours après notification.

- 2 La Caisse-maladie Agrisano SA rend une décision sur opposition dans le délai imparti.

Art. 30 Recours

- 1 Un recours auprès du tribunal administratif est possible contre les décisions sur opposition. Le recours doit être présenté dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision sur opposition auprès du tribunal des assurances désigné par le canton, lequel est habilité à statuer sur les différends entre assureurs, avec les assurés ou avec des tiers.
- 2 Le recours peut aussi être déposé si la Caisse-maladie Agrisano SA ne prend pas de décision contre une revendication de la personne concernée ou qu'elle n'édicte aucune décision sur opposition.

Art. 31 Secret professionnel

Toute personne qui collabore aux travaux administratifs et aux contrôles de l'assurance maladie est soumise au secret professionnel envers les tiers.

VIII. DISPOSITIONS FINALES

Art. 32 Entrée en vigueur

Les présentes CGA selon la LAMal entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

RÈGLEMENT ASSURANCE MÉDECIN DE FAMILLE AGRI-eco

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1 But

L'assurance médecin de famille AGRI-eco poursuit les buts suivants :

- Promotion des relations de confiance entre le médecin de famille et le patient.
- Coordination de tous les traitements médicaux par le médecin de famille choisi. On vise de ce fait à accroître la qualité et l'efficacité des prestations médicales et de réaliser des économies de coûts.
- Renforcement d'un mode de vie responsable et conscient des coûts de la part des assurés.

Art. 2 Base juridique

1 L'assurance médecin de famille AGRI-eco est une forme d'assurance particulière au sens de l'article 41, alinéa 4 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en relation avec l'article 62, alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

2 L'assurance médecin de famille AGRI-eco se caractérise notamment par un choix limité du médecin.

II. RAPPORTS D'ASSURANCE

Art. 3 Possibilité d'assurance

Dans le cadre des dispositions légales, toutes les personnes intéressées, résidant dans une région où la Caisse-maladie Agrisano SA offre l'assurance médecin de famille AGRI-eco, peuvent adhérer à cette forme d'assurance.

Art. 4 Affiliation ou changement d'assurance

1 L'affiliation ou le passage de l'assurance ordinaire à l'assurance médecin de famille AGRI-eco est possible en tout temps pour le premier jour d'un mois, au plus tôt pour le premier jour du mois qui suit celui du dépôt de la demande.

2 Pour le changement de l'assurance médecin de famille AGRI-eco à une autre forme d'assurance ou vers un autre assureur, les dispositions des conditions générales d'assurance (CGA) de la Caisse-maladie Agrisano SA s'appliquent par analogie. Un changement n'est possible que moyennant respect du délai de dédite prescrit par la LAMal, en tous les cas pour la fin d'une année civile.

3 Lors de changement de domicile vers une région dans laquelle la Caisse-maladie Agrisano SA n'offre pas l'assurance médecin de famille AGRI-eco, une mutation anticipée dans l'assurance de base ordinaire est possible pour le premier jour du mois qui suit celui du déménagement. La personne assurée doit informer par écrit et préalablement la Caisse-maladie Agrisano SA.

Art. 5 Abandon de l'assurance médecin de famille AGRI-eco

La Caisse-maladie Agrisano SA peut abandonner l'assurance médecin de famille AGRI-eco pour la fin d'une année civile. Une communication d'information est adressée aux assurés au moins deux mois avant l'échéance et elle précise le droit de changer d'assureur.

Art. 6 Choix du médecin de famille

1 Les assurés limitent volontairement leur choix de médecin en choisissant un médecin de famille dans la liste des médecins éditée par la Caisse-maladie Agrisano SA. Le choix du médecin est arrêté lors de la demande d'adhésion à l'assurance médecin de famille AGRI-eco.

2 Les assurés s'engagent à toujours consulter en priorité le médecin de famille choisi pour tous les traitements et tous les examens – à l'exception des dispositions selon l'art. 9.

Art. 7 Changement de médecin de famille

1 Un changement de médecin de famille n'est possible qu'aux échéances des 30 juin et 31 décembre, moyennant respect d'un délai de préavis de trois mois. La communication doit intervenir par écrit.

2 Les assurés peuvent changer de médecin de famille exceptionnellement pour le premier jour du mois suivant dans les cas suivants :

- lors d'un changement de commune de domicile ;
- lorsque le médecin de famille ferme son cabinet ou s'installe dans une autre commune politique ;
- en cas de brouille entre l'assuré et le médecin de famille choisi.

La personne assurée informe par écrit la Caisse-maladie Agrisano SA dans les cas prévus à l'al. 2, let. a) à c).

3. Si le médecin de famille sort de l'Assurance médecin de famille AGRI-eco, l'assureur peut, par analogie avec l'art. 7, al. 2, notifier un changement de médecin de famille pour le 1^{er} jour du mois suivant.

III. CARACTÉRISTIQUES ET PRESTATIONS D'ASSURANCE

Art. 8 Principe

Pour les traitements ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers ainsi que pour la prescription de médicaments et de moyens auxiliaires, le médecin de famille doit toujours être consulté en priorité. En cas de besoin, celui-ci orientera les assurés vers un médecin spécialisé, une personne paramédicale ou un hôpital.

Art. 9 Exceptions

Les cas d'exception suivants fondent l'autorisation pour les assurés de s'écarter du principe de la consultation préalable du médecin de famille choisi :

a) Cas d'urgence :

Les traitements d'urgence sont assurés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins indépendamment du fait qu'ils soient dispensés par le médecin de famille ou un médecin de premier secours. Demeure réservé l'examen de l'urgence médicale par le médecin de famille choisi ou le médecin conseil de la Caisse-maladie Agrisano SA.

b) Gynécologue :

Pour les examens et traitements gynécologiques ainsi que pour l'assistance obstétrique chez des médecins spécialisés en gynécologie et obstétrique, la Caisse-maladie Agrisano SA accorde le libre choix aux assuré(e)s. Avant toute opération gynécologique, il est nécessaire d'en discuter avec le médecin de famille et d'obtenir son accord.

c) Ophtalmologue :

Pour les examens et traitements ophtalmologiques, la Caisse-maladie Agrisano SA accorde le libre choix aux assuré(e)s. Avant toute opération ophtalmologique, il est nécessaire d'en discuter avec le médecin de famille et d'obtenir son accord.

Art. 10 Prestations d'assurance

Les prestations d'assurance sont en tous points identiques à celles prévues dans les dispositions de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

Art. 11 Médicaments/Promotion des génériques

1 La Caisse-maladie Agrisano SA promeut l'utilisation de médicaments à prix réduits. Les membres de l'assurance médecin de famille AGRI-eco s'engagent à choisir les médicaments les moins chers lors de prises de médicaments. Si les assurés ne choisissent pas le médicament le moins cher, la prestation à charge de la caisse se réduit à hauteur de 65 % du prix du médicament concerné. En outre, les dispositions des art. 52 et 52a LAMal sont applicables.

2 Le montant pris en charge par la caisse pour le médicament est soumis à l'imputation de la franchise choisie et une quote-part aux frais de 10 % est déduite. Une franchise plus élevée s'applique, dans la mesure où les dispositions de l'art. 38a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) se vérifient.

IV. PRIMES D'ASSURANCE/QUOTE-PART AUX FRAIS

Art. 12 Primes d'assurance/Rabais

1 Les assurés de l'assurance médecin de famille AGRI-eco bénéficient d'un rabais sur les primes de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

2 Le rabais peut être différent selon les régions.

3 Le tarif de primes approuvé par l'autorité de surveillance est déterminant.

Art. 13 Quote-part aux frais

Les assurés s'engagent à honorer, au profit de la Caisse-maladie Agrisano SA et selon les dispositions relevantes du droit fédéral, la franchise, la quote-part aux frais et la participation aux frais d'un séjour hospitalier.

V. OBLIGATIONS DE COLLABORER

Art. 14 Informations relatives à l'affiliation

Les assurés veillent lors de chaque visite chez le médecin de famille à ce que ce dernier ait connaissance de leur appartenance à l'assurance médecin de famille AGRI-eco de la Caisse-maladie Agrisano SA. Dans les cas d'urgence, les assurés se feront reconnaître comme assurés affiliés à l'assurance médecin de famille AGRI-eco de la caisse Caisse-maladie Agrisano SA, dès que cela sera possible.

Art. 15 Traitements d'urgence

Si un cas d'urgence requiert une hospitalisation ou un traitement ambulatoire par un médecin de premier secours, les assurés sont tenus de faire parvenir à leur médecin de famille choisi, à la prochaine occasion possible, une attestation et un rapport du médecin de premier secours.

Art. 16 Orientations par le médecin de famille choisi

Tous les traitements par un médecin spécialiste, par une personne paramédicale ou une hospitalisation nécessitent une recommandation par le médecin de famille.

Art. 17 Opérations

Lorsqu'un médecin spécialisé (gynécologues et ophtalmologues inclus) recommande une intervention chirurgicale, les assurés sont tenus, avant cette opération, d'obtenir l'accord du médecin de famille.

Art. 18 Séjours dans des hôpitaux et cliniques de jour

Les séjours et les traitements dans des hôpitaux et les cliniques de jour ne sont possibles qu'avec l'accord du médecin de famille choisi.

Art. 19 Séjours de réhabilitation et cures balnéaires

Les assurés sont tenus, au moins 14 jours avant le début d'une cure balnéaire ou d'un séjour de réadaptation, de consulter leur médecin de famille. Le médecin de famille donne une recommandation motivée à l'intention du médecin conseil de la Caisse-maladie Agrisano SA.

Art. 20 Obligation d'annonce de changement de médecin de famille

1 Lors d'un changement du médecin de famille selon l'art. 7 du présent règlement, les assurés s'engagent à annoncer ce changement à leur médecin conseil en exercice, par écrit au moins 14 jours avant le changement et d'en informer aussi par écrit la Caisse-maladie Agrisano SA.

2 Si les assurés omettent lors de l'information de changement d'indiquer un nouveau médecin de famille, ils sont transférés automatiquement dans l'assurance ordinaire avec effet au premier jour du mois suivant.

Art. 21 Transmission du dossier du patient

En signant la proposition de l'assurance médecin de famille AGRI-eco, les assurés donnent leur autorisation à ce qu'un dossier patient complet soit, en cas de changement du médecin de famille, transmis directement par l'ancien médecin de famille au nouveau médecin de famille désigné par l'assuré dans le but d'éviter des examens inutiles.

Art. 22 Transfert des données et protection des données

En signant la proposition de l'assurance médecin de famille AGRI-eco, les assurés donnent leur autorisation à ce que leur médecin de famille soit renseigné par la Caisse-maladie Agrisano SA sur les coûts occasionnés chez d'autres fournisseurs de prestations. En échangeant les données, les parties observent les dispositions en matière de protection des données, de la LAMal, de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et de la loi fédérale sur la protection des données (LPD).

VI. SANCTIONS

Art. 23 Violation des obligations de collaborer/Sanctions

1 La prise en charge des coûts pour les traitements qui ont été engagés sans l'accord du médecin de famille et qui ne sont pas couverts, au titre d'exceptions, par l'art. 9 du présent règlement, sont sujets à réduction. Demeure réservée la preuve apportée par l'assuré que le non-respect de l'obligation de collaborer est dû à des motifs excusables.

2 Lors de cas de première violation, la réduction se monte à 50 % au maximum avant déduction des quotes-parts aux frais.

3 Lors de récurrence de violation, la prise en charge des coûts peut être totalement refusée. La Caisse-maladie Agrisano SA peut en outre exclure les assurés de l'assurance médecin de famille AGRI-eco, avec effet au premier jour du mois suivant. Est déterminant de la date de la violation. L'exclusion est notifiée par écrit et induit un transfert automatique dans l'assurance ordinaire. Une demande de ré-affiliation dans l'assurance médecin de famille AGRI-eco ne peut être déposée qu'après observation d'un délai de carence de 36 mois.

VII. DISPOSITIONS FINALES

Art. 24 Relations avec les conditions générales d'assurance LAMal

Dans la mesure où le présent règlement ne contient pas de dispositions complémentaires, les statuts et les CGA de la Caisse-maladie Agrisano SA s'appliquent par analogie.

Art. 25 Entrée en vigueur

Ce règlement entre en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

REGLEMENT ASSURANCE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE LAMaL

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1 But/Bases juridiques

- 1 S'appuyant sur les conditions générales d'assurance (CGA) découlant de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMaL), la Caisse-maladie Agrisano SA gère une assurance d'indemnités journalières.
- 2 L'assurance indemnités journalières garantit des prestations en cas de perte de salaire pour maladie, accidents, pour autant qu'ils soient assurés et qu'aucune assurance accidents ne les prenne en charge, ainsi que pour la maternité.

II. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE

Art. 2 Adhésion/Affiliation

- 1 Quiconque a son domicile dans le rayon d'activité de la Caisse-maladie Agrisano SA ou y exerce une profession et est âgé de 15 ans révolus mais pas encore de 65 ans, peut conclure une assurance indemnités journalières auprès de la Caisse-maladie Agrisano SA.

Art. 3 Début/Fin

- 1 La demande d'adhésion se fait par écrit moyennant le formulaire ad hoc mis à disposition par la caisse maladie Agrisano. Le début d'assurance est possible pour chaque début de mois.
- 2 Les questions posées sur la demande d'adhésion sont à remplir de façon complète et véridique. Les personnes sous tutelle peuvent uniquement être assurées à travers leur représentant légal. Si des réponses fausses ont été données lors de la demande d'adhésion, la Caisse-maladie Agrisano SA peut rétroactivement prendre les mêmes mesures qu'elle aurait prises lors d'une demande conforme.
- 3 Une demande d'adhésion permet à la Caisse-maladie Agrisano SA de chercher des renseignements nécessaires auprès des personnes médicales ou d'autres assurances, permettant de définir une éventuelle réserve. La Caisse-maladie Agrisano SA peut exiger un certificat médical ou la réalisation d'un examen médical à ses frais. Le preneur d'assurance doit donner tous les renseignements nécessaires concernant la personne assurée.
- 4 La couverture d'assurance reste provisoire depuis la date mentionnée dans le formulaire d'adhésion jusqu'à la date de réception de la police d'assurance. Si un sinistre survient pendant la durée provisoire, l'assuré n'a pas droit aux prestations, s'il ressort clairement de la demande d'adhésion, selon al. 1 et 3, que le sinistre est lié à une maladie, un accident ou des suites d'un accident déjà existant lors de la demande. Sont exceptées les dispositions légales dérogatoires en la matière.
- 5 L'assurance indemnités journalières prend fin au décès, par la démission, l'épuisement des prestations, l'exclusion, la cessation permanente de l'activité à but lucratif, le départ du rayon d'activité de la Caisse-maladie Agrisano SA ou la limite atteinte des 65 ans.
- 6 Une démission ou une réduction de l'indemnité journalière peut être effectuée à la fin d'un mois, pour autant qu'un délai de résiliation de 3 mois soit respecté.

Art. 4 Exclusion

Si le comportement d'un membre s'avère abusif, ou inexcusable, ledit membre peut être exclu dans les cas suivants :

- a) si les déclarations faites lors de la demande d'assurance ne sont pas conformes à la vérité ;
- b) si les ordonnances du médecin n'ont, à plusieurs reprises, pas été observées ou grièvement violées ;
- c) si le paiement des primes reste en souffrance et le commandement de payer avec menace d'exclusion n'a pas été honoré dans un délai d'un mois ;
- d) pour d'autres raisons importantes.

Art. 5 Suspension

1 Les assurés peuvent, contre une prime de risque, suspendre l'assurance indemnités journalières dans les cas suivants pour 5 ans au plus :

- a) lorsqu'ils se rendent à l'étranger pour plus de 3 mois ;
- b) en cas de service militaire ou civil d'une durée ininterrompue de plus de 60 jours ;

- c) en cas d'assurance obligatoire d'au moins de 3 mois auprès d'une autre caisse maladie ainsi que dans d'autres cas similaires ;
 - d) lors d'un séjour de plus de 3 mois dans un établissement pénitencier ou dans un établissement d'exécution des mesures.
- 2 Dès que les conditions citées ci-dessus ne sont plus réalisées, la personne affiliée est tenue, dans les 14 jours, de réactiver l'assurance indemnités journalières.
 - 3 La prime de risque, dont le minimum est de CHF 10.- par mois, s'élève à 10 % du tarif ordinaire de prime.
 - 4 La suspension doit être demandée à l'avance et par écrit.

Art. 6 Réserves

- 1 Les maladies et les conséquences d'un accident qui existent déjà lors de la demande, sont exclues de la couverture d'assurance par une réserve. Cela vaut également pour les maladies antérieures pouvant, par expérience, entraîner des rechutes.
- 2 La réserve d'assurance n'est valable que si la personne assurée en a été avisée par écrit. Les maladies prises en compte par la réserve, ou en cas d'accident, les conséquences de ceux-ci, ainsi que le début et la fin du délai de réserve, doivent être décrites avec précision.
- 3 La réserve d'assurance est caduque après 5 ans au plus. Les assurés peuvent, en prouvant que la réserve n'est plus justifiée, rendre ce délai caduc avant l'échéance.
- 4 Lors d'une augmentation de l'indemnité journalière assurée et d'une diminution du délai d'attente, les alinéas 1 à 3 sont applicables par analogie.

Art. 7 Changement d'assureur

- 1 Si la personne assurée change de caisse maladie en faveur de la Caisse-maladie Agrisano SA, celle-ci ne peut apporter aucune nouvelle réserve :
 - a) lorsque l'entrée en fonction ou la fin de ses rapports de travail l'exige ;
 - b) lorsqu'elle sort du rayon d'activité de l'ancien assureur ;
 - c) lorsque l'ancien assureur n'assure plus l'assurance maladie sociale.
- 2 La Caisse-maladie Agrisano SA peut reprendre les réserves de l'ancien assureur jusqu'à la fin du délai préalablement fixé.
- 3 L'ancien assureur fait en sorte que la personne assurée soit avisée par écrit de son droit de libre passage. Dans le cas contraire, la protection de l'assurance reste de son ressort. Après en avoir été avisée, la personne assurée dispose d'un délai de trois mois pour faire valoir son droit de libre passage.
- 4 Sur demande de la personne assurée, la caisse doit continuer d'assurer l'indemnité journalière dans les proportions qui ont jusqu'alors été appliquées. A ce propos, elle peut porter en compte le montant de l'indemnité journalière perçu de l'ancien assureur pour la période bénéficiant du droit à la prestation, conformément à l'art. 72 LAMaL.

Art. 8 Sortie d'une assurance collective

- 1 Si une personne assurée sort d'une assurance collective parce qu'elle ne fait plus partie des personnes concernées par le contrat ou parce que le contrat est échu, elle a le droit d'être transférée dans l'assurance individuelle de la Caisse-maladie Agrisano SA.
- 2 Quiconque se retire d'une assurance indemnité journalière collective selon la LAMaL peut, dans le cadre de la couverture d'assurance existante, conclure une indemnité journalière supérieure au maximum défini par l'art. 9 alinéa 3 de ce règlement. Le montant maximal correspond à celui qui était assuré dans le contrat collectif.
- 3 Après la sortie d'une assurance collective, il n'est pas possible d'émettre de nouvelles réserves d'assurance dans l'assurance individuelle.
- 4 La Caisse-maladie Agrisano SA avise par écrit la personne assurée de son droit de transfert dans l'assurance individuelle. Dans le cas contraire, la personne assurée reste affiliée à l'assurance collective. Après en avoir été avisée, elle dispose d'un délai de trois mois pour faire valoir ce droit.

III. OFFRE D'ASSURANCE

Art. 9 Offre d'assurance

- 1 La personne qui présente la demande peut contracter une indemnité journalière de maladie de CHF 20.- au maximum avec un délai d'attente de :
 - a) 14 jours
 - b) 21 jours

- c) 30 jours
- d) 60 jours
- e) 90 jours
- f) 180 jours
- g) 360 jours

Le montant de la couverture en indemnité journalière ne peut, en cas de sinistre, engendrer une sur-assurance selon art. 19.

2 La personne qui présente la demande peut contracter une indemnité journalière de maladie et d'accident de CHF 20.- au maximum avec un délai d'attente de :

- a) 14 jours
- b) 21 jours
- c) 30 jours
- d) 60 jours
- e) 90 jours
- f) 180 jours
- g) 360 jours

Le montant de la couverture en indemnité journalière ne peut, en cas de sinistre, engendrer une sur-assurance selon art. 19.

3 Pour tous les types d'assurance il est possible d'assurer au maximum CHF 20.- d'indemnité journalière pour chaque personne assurée.

IV. GROUPES D'AGES ET PRIMES

Art. 10 Groupes d'âge

1 Sont formés les groupes d'âges suivants :

- 18 jusqu'à 18 ans révolus (âge effectif)
- 25 jusqu'à 25 ans révolus (âge effectif)
- 30 jusqu'à 30 ans révolus (âge d'admission)
- 35 jusqu'à 35 ans révolus (âge d'admission)
- 40 jusqu'à 40 ans révolus (âge d'admission)
- 45 jusqu'à 45 ans révolus (âge d'admission)
- 50 jusqu'à 50 ans révolus (âge d'admission)
- 55 jusqu'à 55 ans révolus (âge d'admission)
- 60 jusqu'à 60 ans révolus (âge d'admission)
- 65 jusqu'à 65 ans révolus (âge d'admission)
- 70 au-delà de 65 ans révolus (âge d'admission)

2 Les membres du groupe d'âge 18 passent, dès 18 ans révolus, au groupe d'âge 25 d'où, dès 25 ans révolus, ils passent au groupe d'âge 30. Il reste ensuite dans le groupe d'âge 30 indépendamment de leur âge. Le passage intervient au début de l'année civile.

3 En cas d'augmentation du niveau d'assurance, l'attribution à un groupe d'âge pour la partie dépassant l'ancien niveau d'assurance, se fait en fonction de l'âge resp. de l'âge d'entrée au moment de l'augmentation.

Art. 11 Primes

- 1 Les primes de l'assurance indemnité journalière individuelle sont fixées par le conseil d'administration.
- 2 Les primes sont dues mensuellement et à l'avance, sans égard à la santé de l'assuré.

V. PARTIE PRESTATIONS

Art. 12 Droit aux prestations

1 La condition pour bénéficier des prestations est une incapacité effective de travail d'au moins 50 %, attestée par le médecin traitant ou le chiropraticien.

2 Le droit aux prestations de l'indemnité journalière n'existe que dans la mesure où la personne affiliée ne réalise pas un bénéfice de revenu d'assurance (sur-assurance). Les dispositions de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) font foi en la matière.

3 L'indemnité journalière est versée pour un ou plusieurs maladies ou accidents pendant un maximum de 720 jours dans une période de 900 jours.

4 Un droit à des prestations n'existe qu'après l'écoulement du délai d'attente stipulé dans le contrat. Ces prestations sont portées en compte à partir du jour où le médecin a attesté l'incapacité de travail.

5 Le délai d'attente prévu dans le contrat, tant pour les maladies que pour les accidents, n'est pris en compte qu'une fois dans une période de 365 jours.

6 Le délai d'attente doit être une fois pleinement épuisé.

7 Le délai d'attente prévu dans le contrat est ajouté à la durée de prestations maximale de 720 jours dans une période de 900 jours, pour autant que l'employeur doive payer le salaire durant le délai d'attente.

8 Les prestations en cas de maternité ne sont pas prises en compte dans la durée maximale du droit aux prestations.

9 En cas d'incapacité partielle de travail, il est versé une indemnité journalière, réduite en conséquence, durant 720 jours et en l'espace de 900 jours. La couverture d'assurance est maintenue à concurrence du solde de la capacité de travail.

10 Le membre assuré ne peut empêcher la fin de la garantie des prestations de l'indemnité journalière par une renonciation partielle aux dites prestations.

11 Le droit aux prestations prend fin au plus tard lors de la date d'annulation du contrat.

Art. 13 Chômeurs assurés

1 En cas d'incapacité de travail supérieure à 50 %, le chômeur assuré reçoit des indemnités journalières pleines.

2 A ce propos, les chômeurs assurés peuvent, contre une adaptation appropriée de la prime de leur ancienne assurance indemnité journalière, être transférés dans une assurance avec début des prestations dès le 31e jour. Cela en maintenant le montant de l'ancienne indemnité journalière et en respectant l'âge d'entrée comme auparavant, sans toutefois tenir compte de l'état de santé au moment du transfert.

Art. 14 Maternité

1 Lors de la grossesse et de l'accouchement, le montant de l'indemnité journalière est garanti, pour autant que l'assurée ait été assurée pendant au moins 270 jours et sans interruption de plus de 3 mois, par une caisse maladie pour l'indemnité journalière assurée au moment de la maternité.

2 L'assurée a droit, pour autant et dans la mesure où il n'existe pas une sur-assurance, à une allocation journalière de maternité d'une durée de maximum 16 semaines, dont au maximum deux peuvent être prétendues avant l'accouchement.

3 Le droit à la prestation est caduc et s'éteint le jour où l'assurée reprend une activité lucrative à temps complet ou à temps partiel.

Art. 15 Etranger

Si une incapacité de travail survient lors d'un séjour à l'étranger, l'indemnité journalière assurée n'est versée que pendant la durée d'un séjour hospitalier stationnaire.

Art. 16 Annonce/Certificat

1 La personne assurée est tenue d'annoncer à la caisse, dans les 10 jours, son incapacité de travail et de présenter dans les 3 jours qui suivent une attestation écrite d'incapacité de travail délivrée par le médecin traitant ou du chiropracteur. En cas d'accident, le formulaire d'annonce d'accident, qui lui a été envoyé, doit être retourné à la Caisse-maladie Agrisano SA dans les 10 jours dûment rempli et signé.

2 En cas de retard fautif de l'envoi de l'attestation d'incapacité de travail, le droit à l'indemnité journalière assurée ne compte qu'à partir de la date d'envoi du certificat médical. Les documents antédats à seule fin d'obtenir les prestations de l'indemnité journalière sont irrecevables.

3 Après la fin de l'incapacité de travail (y compris l'incapacité partielle), une attestation médicale écrite sur le degré et la durée d'incapacité de travail doit être immédiatement adressée à la Caisse-maladie Agrisano SA. Cette procédure est également requise lorsqu'il y a une incapacité de travail qui ne donne pas droit à une indemnité.

Art. 17 Rapports envers les autres assureurs

Dans le cas d'une sur-assurance éventuelle des prestations de l'assurance indemnités journalières, ne sont versées qu'après les prestations suivantes :

- a) Allocations de perte de gain APG
- b) AVS
- c) Assurance-militaire
- d) LAA,
- e) Assurance-invalidé AI
- f) Autres assurances sociales s'il n'y a pas d'ordonnances de coordination en application à ce sujet
- g) Prestations de l'indemnité journalière d'autres assureurs privés
- h) Assurance-responsabilité civile

Art. 18 Réduction et refus de prestations

Les dispositions de l'art. 21 LPGA sont applicables en cas de réduction des prestations ou de refus d'octroi de prestations.

Art. 19 Sur-assurance/Gains

- 1 Sont à considérer comme gains pour le membre les prestations qui dépassent la perte de gain. Les frais liés à la maladie ou à l'accident qui ne sont pas couverts autrement sont pris en considération.
- 2 L'indemnité journalière est réduite en conséquence lorsque les membres ne peuvent pas prouver une perte de gain ou des frais liés à une maladie ou accident non couverts autrement.
- 3 Si l'indemnité est réduite suite à une sur-assurance, la personne assurée a droit à la contre-valeur de 720 jours. Les délais de droit aux prestations se prolongent en fonction de la réduction.

VI. DISPOSITIONS FINALES

Art. 20 Dispositions générales

- 1 Pour toutes les questions qui ne sont pas réglées dans le présent règlement, les dispositions légales et les CGA de la Caisse-maladie Agrisano SA sont applicables par analogie.

2 Les dispositions du présent règlement sont également applicables par analogie aux assurances collectives de l'indemnité journalière, à moins de dispositions contraires prévues dans les contrats.

Art. 21 For

En cas de litiges liés aux assurances conformément à ces dispositions, la personne assurée peut faire recours auprès du tribunal compétent à son lieu de domicile en Suisse ou au siège de la Caisse-maladie Agrisano SA.

Art. 22 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.