Galenos - VIVA

Nom du Groupe	Visana
Edition des CGA	1/1/2026

Peu restrictif : ✓ Restriction modérée : !! Très restrictif : ⚠

Synthèse	Modèle avec choix du 1er point de contact au sein du réseau (cabinet de médecin de famille ou centre). Le 1er point de contact définit le plan de traitement (contraignant). Tous les examens et traitements doivent être fait au sein du réseau (si possible). L'assuré doit prendre des médicaments économiques. Sanctions sévères mais plusieurs rappels. Version allemande des CGA fait foi.

Les prestataires

1er point de contact		
- **Possibilités**	Cabinet de médecin de famille ou centre de santé.	⚠
- **Spécificités**	1er point de contact coordonne tous les soins. L'assuré accepte que tous les examens et traitements soient réalisés dans le cabinet ou le centre, si possible.	

Médecin de premier recours		
- **Choix**	Sur liste.	!!

Spécialistes		
- **Choix/validation**	Sur assignation du 1er point de contact.	⚠
- **Gynécologue**	Libre pour examens et traitements mais doivent être annoncés au 1er point de contact.	!!
- **Ophtalmologue**	Libre pour les examens et traitements ophtalmologiques.	✓
- **Pédiatre**	A choisir dans dans la liste du plan de santé VIVA	!!

Pharmacie		
- **Choix**	Libre.	✓
- **Médicaments**	L'assuré s'engage à prendre prioritairementun médicament économique.	!!

Hôpital		
- **Choix/validation**	Sur assignation du 1er point de contact.	⚠
- **Urgence**	Traitement doit être effectué sans délai et pas de possibilité de contact préalable avec MPR. Contacter le 1er point de contact sinon son remplaçant sinon un service d'urgence. Informer le 1er point de contact dès que possible et lui remettre le rapport du médecin d'urgence.	⚠

Modification listes		
	Possible par l'assureur.	⚠

Autres particularités

Autre restriction	Assuré doit suivre le plan de traitement (notamment prestataires et durée) et reprendre contact avec le 1er point de contact pour tout changement. Si indiqué, assuré doit se soumettre à des programmes de gestion des maladies chroniques. Lors de l'entrée dans le modèle, assuré s'engage à partager les documents médicaux existants avec le MPR et à lui fournir des informations complètes et conformes à la vérité sur son état de santé.	⚠
Autre exemption	Changement de médecin possible au maximum une/année.	!!

Les sanctions

Avertissement	Jusqu'à trois rappels.	✓
Sanctions	Après deuxième manquement réduction de 50% des prestations, après troisième manquement refus de prise en charge, après quatrième manquement transfert dans l'AOS.	⚠

Situations de changement du modèle

Déménagement en dehors de la zone du modèle : transfert dans l'AOS ou choix autre réseau si possible. Si le modèle est disponible au nouveau domicile mais que l'organisation VIVA initialement choisie ne l'est pas, l'assuré peutchoisir une nouvelle organisation VIVA.
Réseau résilie contrat avec assureur: transfert dans l'AOS, sous réserve du choix d'un autre réseau.
Prise en charge par le réseau plus possible : transfert possible dans l'AOS.

Acronymes et précisions

Les fiches sont basées sur les conditions générales des assureurs (CGA). Si une information se trouve sur le site de l'assureur mais pas dans les CGA, elle n'est pas indiquée dans la fiche, sauf exception mentionnée. **Seule la version officielle des CGA disponible sur le site de l'assureur fait foi**.

Clarification de certains termes
«Non spécifié»: cela indique que cette information ne se trouve pas dans les CGA de l'assureur. A priori, si rien n'est spécifié par rapport à un point, cela signifie que qu'il n'y a pas de restriction et/ou dérogation particulière. Ex : gynécologue non spécifié → il n'y pas de solution particulière pour le choix du gynécologue par rapport au choix des autres spécialistes.

AOS: assurance obligatoire des soins, modèle de base sans restriction.

Médicaments génériques: la quote-part sur les médicaments est de 10% (rappel: la quote-part est due une fois la franchise atteinte, max. 700 fr. pour les adultes et 350 fr. pour les enfants). De par la loi, la quote-part peut être de 40% si l'assuré prend une prescription originale sans raison médicale. Si des raisons médicales justifient la prise d'une prescription originale (présentation d'un certificat nécessaire) la quote-part reste de 10%. (*nota bene*: si dans le tableau il est indiqué «pas de restriction mentionnée» par rapport au choix des médicaments, c'est le système légal qui s'applique, ce qui signifie qu'une quote-part de 40% est possible pour les prescriptions originales prises sans raison médicale).

Évaluations: le caractère peu restrictif (✓), modéré (!!) ou très restrictif (⚠) d'un point est déterminé par rapport aux possibilités de choix qui s'offrent à l'assuré ou à son caractère contraignant ou non. Cela ne préjuge en rien du fait qu'il s'agisse d'un point positif ou négatif, cela dépendant du profil et des souhaits de chacun.

Lien CGA: https://www.frc.ch/visanaviva_cga
Lien Descriptif: https://www.frc.ch/visanaviva_desc
Lien liste(s) : https://www.frc.ch/visanaviva_liste1