

## Fiches : Modèles alternatifs

FRC-Visana-VIVA-Réseau de soins PROFIL DU PRODUIT			
<b>NOM DU PRODUIT</b>	VIVA	<b>TYPE</b>	Réseau de soins
<b>ASSUREUR</b>	Visana	<b>ÉDITION</b>	45292
<b>GROUPE</b>	Visana	<b>CANTON(S)</b>	JU (certaines régions); NE (certaines communes)
<b>CONDITIONS</b>	<a href="https://www.visana.ch/fr/clientele_privée/santé/assurance_de_base/viva">https://www.visana.ch/fr/clientele_privée/santé/assurance_de_base/viva</a>		

L'AVIS DE LA FRC
Modèle qui promeut les soins intégrés dans l'ensemble de l'arc jurassien. S'il propose une coordination entre les différents professionnels membres du réseau, il exige également que les patients jouent un rôle de courroie de transmission à chaque changement de traitement ou épisode de soins. L'annonce se fait via un navigateur que la FRC n'a pas pu tester pour l'instant. De l'ergonomie de ce navigateur dépend la fluidité des tâches d'information et de coordination qui incombent aux patients. Bon point: la prise en charge de certains actes/examens préventifs et le souci de coordination.

CHOIX DES PRESTATAIRES		
<b>CONTACT 1<sup>ER</sup> RECOURS</b>	MPR= fournisseur de prestation en charge de la coordination, affilié au réseau de soins	
<b>CHOIX MPR</b>	Liste de prestataires présents dans l'arc jurassien	
<b>LISTE MPR</b>		
<b>CHOIX 2<sup>E</sup> PRESTATAIRE</b>	Défini par le MPR, dans le réseau de soins	
<b>AVIS SI HOSPITALISATION</b>	Aval du MPR requis	
<b>CHOIX GYNECOLOGUE</b>	Libre pour les examens et traitements gynécologiques. Après la consultation, la patiente dispose de 30 jours pour informer la personne en charge de la coordination des soins (MPR ou cabinet)	
<b>CHOIX OPHTALMOLOGUE</b>	Pas mentionné, a priori déterminé par le fournisseur de soin coordinateur	
<b>CHOIX PEDIATRE</b>	A choisir dans dans la liste du plan de santé VIVA	
<b>CHOIX PHARMACIE</b>	Libre	
<b>MODIFICATION LISTE EN COURS D'ANNEE</b>	Par l'assureur	

AUTRE(S) RESTRICTION(S)		
<b>FACTURE DE PHARMACIE</b>	Tiers payant	
<b>CHOIX GENERIQUES</b>	L'assuré s'engage à prendre prioritairement des génériques et des biosimilaires; exception en cas de besoin médical avéré.	
<b>AUTRE(S) RESTRICTION(S)</b>	La durée de traitement est définie par la personne en charge de la coordination, l'assuré s'engage à partager les documents médicaux existants et à fournir des informations complètes sur son état de santé. L'assuré peut être tenu de se soumettre à des programmes de gestion des maladies chroniques défini par la personne en charge de la coordination.	
<b>CHANGEMENT DE MODELE EN COURS D'ANNEE</b>	Transfert dans l'assurance de base en cas de déménagement hors de la zone couverte par le modèle	

URGENCE ET AUTRE(S) DÉROGATION(S)		
<b>DEFINITION URGENCE</b>	Non spécifié	
<b>MODALITES SI URGENCE</b>	En cas d'urgence, les personnes assurées prennent contact avec le fournisseur en charge de la coordination. S'il n'est pas joignable, elles s'adressent à son remplaçant ou à l'organisation compétente dans le lieu de résidence ou de séjour.	
<b>AUTRE(S) DEROGATION(S)</b>	Changement de médecin possible une fois par année. L'assuré s'engage à respecter l'économie de son traitement. Des mesures et examens préventifs sont disponibles gratuitement pour les assurés	

SANCTION(S)		
<b>AVERTISSEMENT</b>	Premier rappel, après le deuxième manquement 50 % de la prise en charge, au troisième refus de prise en charge, au quatrième transfert dans l'AOS	
<b>SANCTION(S) SI VIOLATION</b>	<b>Sanctions dès le 2<sup>ème</sup> manquement</b>	

MPR = médecin de premier recours | AOS = Assurance obligatoire des soins (modèle standard)

= pas de restriction
  = à vérifier
  = restriction modérée
  = restriction sévère