

Fiches : Modèles alternatifs

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

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		
CONTACT 1^{ER} RECOURS	MPR= fournisseur de prestation en charge de la coordination, affilié au réseau de soins	
CHOIX MPR	Liste de prestataires présents dans l'arc jurassien	
LISTE MPR		
CHOIX 2^E PRESTATAIRE	Défini par le MPR, dans le réseau de soins	
AVIS SI HOSPITALISATION	Aval du MPR requis	
CHOIX GYNECOLOGUE	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)	
CHOIX OPHTALMOLOGUE	Pas mentionné, a priori déterminé par le fournisseur de soin coordinateur	
CHOIX PEDIATRE	A choisir dans dans la liste du plan de santé VIVA	
CHOIX PHARMACIE	Libre	
MODIFICATION LISTE EN COURS D'ANNEE	Par l'assureur	

AUTRE(S) RESTRICTION(S)		
FACTURE DE PHARMACIE	Tiers payant	
CHOIX GENERIQUES	L'assuré s'engage à prendre prioritairement des génériques et des biosimilaires; exception en cas de besoin médical avéré.	
AUTRE(S) RESTRICTION(S)	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.	
CHANGEMENT DE MODELE EN COURS D'ANNEE	Transfert dans l'assurance de base en cas de déménagement hors de la zone couverte par le modèle	

URGENCE ET AUTRE(S) DÉROGATION(S)		
DEFINITION URGENCE	Non spécifié	
MODALITES SI URGENCE	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.	
AUTRE(S) DEROGATION(S)	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)		
AVERTISSEMENT	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	
SANCTION(S) SI VIOLATION	Sanctions dès le 2^{ème} manquement	

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

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