

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)

RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE MÉDECIN DE FAMILLE AGRI-eco

**RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE INDIVIDUELLE
D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES SELON LA LAMaI**

SOMMAIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE SELON LA LAMal (CGA LAMal)	3
I. DROIT APPLICABLE	3
II. PERSONNES ASSURÉES.....	3
III. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE	3
IV. PRIMES D'ASSURANCE / PARTICIPATION AUX COÛTS.....	3
V. OBLIGATION DE COLLABORER	4
VI. PRESTATIONS.....	4
VII. DISPOSITIONS DIVERSES	5
VIII. DISPOSITIONS FINALES.....	5
REGLEMENT SUR L'ASSURANCE MÉDECIN DE FAMILLE AGRI-eco	6
I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	6
II. RAPPORT D'ASSURANCE	6
III. PRINCIPES ET PRESTATIONS D'ASSURANCE	6
IV. PRIMES D'ASSURANCE / PARTICIPATION AUX COÛTS.....	6
V. OBLIGATION DE COLLABORER	7
VI. SANCTIONS	7
VII. DISPOSITIONS FINALES.....	7
RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE INDIVIDUELLE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES SELON LA LAMal	9
I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	9
II. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE	9
III. OFFRE D'ASSURANCE	10
IV. GROUPES D'AGE ET PRIMES.....	10
V. ÉTENDUE DES PRESTATIONS.....	10
VI. DISPOSITIONS FINALES.....	11

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE SELON LA LAMal (CGA LAMal)

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

I. DROIT APPLICABLE

Art 1 Bases

¹ Les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) ainsi que les présentes conditions générales d'assurance LAMal constituent la base de cette assurance.

² Outre les présentes conditions générales (CGA LAMal), un règlement complémentaire est édicté pour l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal. Cela vaut aussi pour les formes d'assurance particulières proposées, 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 d'indemnités journalières.

² Le proposant doit remplir entièrement et conformément à la vérité le formulaire de proposition, 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 de l'assurance

¹ Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse, conformément aux dispositions de la LAMal. Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile dans le rayon d'activité de la Caisse-maladie Agrisano SA.

² En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets à partir du moment de l'affiliation. Un supplément de prime d'assurance peut être prélevé.

Art. 4 Fin de l'assurance

¹ Dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) et dans l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, l'assurance prend fin:

- a) en cas de décès;
- b) du fait d'un changement d'assureur.

² Dans l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, l'assurance prend fin:

- a) par l'exclusion de l'assurance d'indemnités journalières;
- b) 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 de paiement s'appliquent.

² La résiliation doit s'effectuer par écrit moyennant un préavis de trois mois.

³ Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur.

⁴ L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer si la Caisse-maladie Agrisano SA cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

⁵ L'affiliation auprès de l'assurance obligatoire des soins ne prend fin vis-à-vis de la Caisse-maladie Agrisano SA que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Dès que la Caisse-maladie Agrisano SA a obtenu cette communication, elle informe la personne concernée de la date à partir de laquelle elle ne l'assure plus.

Art. 6 Suspension de la couverture des accidents

¹ Les assurés qui sont assurés contre les accidents professionnels et non professionnels à titre obligatoire en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) peuvent suspendre la couverture des accidents. La Caisse-maladie Agrisano SA procède à la suspension de l'assurance-accidents lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il dispose de la couverture d'assurance exigée en vertu de la LAA. Elle réduit la prime en conséquence. La demande doit être effectuée sous forme écrite. La suspension débute au plus tôt le premier du mois qui suit la demande.

² Les accidents sont couverts en vertu de la LAMal dès que la couverture des accidents au sens de la LAA cesse totalement ou en partie.

³ La Caisse-maladie Agrisano SA prend en charge les coûts des suites d'accident qu'elle assurait avant la suspension de la couverture.

⁴ La Caisse-maladie Agrisano SA doit informer par écrit la personne assurée, au moment de son affiliation à l'assurance-maladie sociale, de son devoir en vertu de l'art. 10 LAMal.

⁵ L'employeur informe par écrit la personne dont les rapports de travail ou l'assurance-accidents non professionnels selon la LAA cessent, qu'elle doit annoncer ce fait à son assureur, conformément à la LAMal, dans un délai d'un mois au maximum suivant la réception de l'information par son employeur ou par l'assurance-chômage. Le même devoir incombe à l'assurance-chômage si le droit à des prestations envers elle s'éteint et que la personne concernée ne s'engage pas dans de nouveaux rapports de travail.

⁶ Si la personne assurée manque à son devoir selon l'alinéa 5, la Caisse-maladie Agrisano SA peut exiger d'elle la part de prime pour l'assurance-accidents, y compris les intérêts moratoires, pour la période allant de la fin de la couverture des accidents selon la LAA jusqu'au moment où la Caisse-maladie Agrisano SA en a pris connaissance. Si l'employeur ou l'assurance-chômage manquent à leur devoir selon l'alinéa 5, la Caisse-maladie Agrisano SA peut faire valoir les mêmes prétentions à leur égard.

IV. PRIMES D'ASSURANCE/PARTICIPATION AUX COÛTS

Art 7 Primes d'assurance

¹ Le montant des primes d'assurance sont fixées selon les dispositions de la LAMal et LSAMal.

² Les assurés ont l'obligation de verser les primes d'assurance à l'avance qu'ils soient malades ou en bonne santé.

³ Les assurés peuvent s'acquitter du paiement des primes mensuellement, bimestriellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

⁴ La Caisse-maladie Agrisano SA accorde un escompte pour les paiements annuels et semestriels avec une rémunération adéquate. Le montant est fixé par le conseil d'administration.

⁵ La Caisse-maladie Agrisano SA peut réduire les primes d'assurance pour des formes d'assurance particulières.

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 doit également être accordée aux assurés n'ayant pas encore atteint l'âge de 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 coûts des prestations à la charge des caisses dont ils bénéficient (participation aux coûts).

² La participation aux coûts se compose des montants suivants:

- a) franchise (montant annuel fixe);
- b) quote-part (pourcentage des coûts dépassant la franchise);
- c) contribution aux frais de séjour à l'hôpital.

³ La date du traitement est déterminante pour le prélèvement de la participation aux coûts.

⁴ Le montant ou la libération de la participation aux coûts est fixé 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 le prélèvement d'intérêts moratoires, d'émo-

luments administratifs de traitement de dossier, de frais de sommation et de poursuites ainsi que pour la suspension de la prise en charge des coûts des prestations.

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 de traitement, des intérêts moratoires de 5 % sont facturés sur les arriérés de primes.

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'affiliation.

Art. 12 Obligations de déclarer

¹ L'assuré doit immédiatement annoncer les accidents soumis à la LAMal. Il doit renseigner la Caisse-maladie Agrisano SA sur:

- l'heure, le lieu, les circonstances et les conséquences de l'accident;
- le médecin traitant ou l'hôpital;
- les personnes civilement responsables et les assurances éventuellement concernées.

² L'assuré est tenu de déclarer chaque cas d'assurance à la Caisse-maladie Agrisano SA dans un délai de dix jours.

³ Les changements d'adresse ou de nom ainsi que les décès doivent être communiqués par écrit à la Caisse-maladie Agrisano SA dans un délai de 30 jours.

⁴ Les ordonnances en vue de mesures médicales (séjours pour soins aigus, réhabilitation, cures, etc.) doivent être envoyées 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 aux présentes CGA et aux règlements particuliers, l'offre d'assurance suivante:

- l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal;
- l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.

Art. 14 Prestations générales

Les prestations à fournir par la Caisse-maladie Agrisano SA sont définies de manière exhaustive dans la LAMal et les ordonnances correspondantes.

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 des prestations servant à la pose du diagnostic ou au traitement d'une maladie ou de ses suites. Sont notamment compris:

- examens, soins et mesures thérapeutiques des médecins, chiropraticiens ou personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin;
- analyses et médicaments ordonnés par un médecin ainsi que les moyens et appareils servant pour les examens ou les traitements;
- contribution aux cures balnéaires;
- séjour hospitalier en division commune dans un hôpital répertorié;
- mesures de réhabilitation;
- participation aux frais de transport ou de sauvetage nécessaires.

Art. 16 Prestations en cas d'accident

¹ La Caisse-maladie Agrisano SA prend en charge les frais d'accidents soumis à la LAMal au même titre que les frais de maladie.

² Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

³ La couverture des accidents n'est pas prise en compte si elle est suspendue conformément à l'art. 6 des présentes CGA.

Art. 17 Prestations en cas de maternité

¹ Selon la LAMal, les prestations spécifiques en cas de maternité sont prises en charge aux mêmes conditions que les prestations en cas de maladie.

² Les prestations suivantes sont considérées comme prestations spécifiques en cas de maternité:

- examens de contrôle effectués pendant et après la grossesse par un médecin ou une sage-femme sur prescription d'un médecin;
- 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;
- les conseils nécessaires en cas d'allaitement;
- les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

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

Art. 18 Soins dentaires

Les soins dentaires ne sont en général pas assurés dans le cadre de la LAMal. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins:

- s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
- s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou
- s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles, ou
- s'ils sont les conséquences d'un accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge

Art. 19 Conditions de la prise en charge des coûts

¹ Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

² Les prestations fournies doivent être efficaces, appropriées et économiques. Elles doivent être examinées régulièrement à cet effet.

Art. 20 Tarifs appliqués / choix des prestataires

¹ En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. La Caisse-maladie Agrisano SA prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

² En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, la Caisse-maladie Agrisano SA et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a LAMal jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Cela s'applique par analogie aux maisons de naissance.

³ En cas de traitement hospitalier en Suisse, les assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège ont le libre choix entre les hôpitaux répertoriés.

⁴ Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, la Caisse-maladie Agrisano SA et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a LAMal. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

⁵ Sont réputés raisons médicales au sens des alinéas 3 et 4 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

- au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.

⁶ L'assuré peut, en accord avec la Caisse-maladie Agrisano SA, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que la Caisse-maladie Agrisano SA désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3 LAMal). La Caisse-maladie Agrisano SA ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; l'al. 3 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

⁷ En cas de traitement d'urgence à l'étranger, les frais sont pris en charge jusqu'à concurrence du double qu'aurait coûté le traitement en Suisse.

Art. 21 Versement des prestations

¹ Dans tous les cas, il convient de remettre les factures originales ou les justificatifs de remboursement. Aucun remboursement ne peut être fait sur la base de quittances, de copies, de récépissés de paiements ou d'extraits de comptabilité.

² Le remboursement pour l'assuré est effectué sans frais, sur son compte bancaire ou postal. Si en l'absence d'un compte bancaire ou postal, un autre mode de versement doit être adopté, les frais supplémen-

taires qui en découlent peuvent être mis entièrement ou partiellement à la charge de l'assuré.

Art 22 Surindemnisation

- ¹ Le concours de prestations de différentes assurances sociales ne doit en aucun cas engendrer une surindemnisation de l'ayant droit.
- ² A ce titre, les dispositions de la LPGa s'appliquent.
- ³ Sauf disposition contraire explicite, les indemnités journalières relèvent de l'assurance de dommages.

VII. DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 23 Décompte des dommages

Dans la mesure où la Caisse-maladie Agrisano SA a accordé, sur une base contractuelle ou facultative, des garanties de prise en charge ou autres garanties envers les émetteurs de la facture, elle décompte directement avec l'assuré, sauf règlements contraires dans les contrats tarifaires.

Art 24 Obligation de limiter les dommages

- ¹ L'assuré est tenu de suivre consciencieusement les prescriptions médicales (comportement, prise de médicaments, thérapies, etc.) et d'éviter tout ce qui pourrait compromettre ou retarder 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 Consultation 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 celles 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 Moyen de droit

Lorsqu'une personne assurée refuse d'accepter une décision de la Caisse-maladie Agrisano SA, elle peut recourir à un moyen de droit 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. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour la personne concernée.

Art 29 Opposition

- ¹ Les décisions peuvent être attaquées dans les 30 jours qui suivent la notification de la décision par voie d'opposition auprès de la Caisse-maladie Agrisano SA.
- ² La Caisse-maladie Agrisano SA rend une décision sur opposition dans un délai approprié.

Art 30 Recours

- ¹ Les décisions sur opposition sont sujettes à recours. Le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours 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 rend pas de décision contre une revendication de la personne concernée ou qu'elle n'édicte aucune décision sur opposition.

Art. 31 Obligation de garder le secret

Toute personne impliquée dans l'application, le contrôle ou la surveillance de l'assurance-maladie sociale est tenue de garder le secret à l'égard de tiers au sujet des informations dont elle a connaissance.

VIII. DISPOSITIONS FINALES

Art. 32 Entrée en vigueur

Les présentes CGA selon la LAMal entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

REGLEMENT SUR L'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, l'objectif étant d'améliorer la qualité et l'efficacité des prestations médicales ainsi que de réduire les 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'art. 41, al. 4 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en relation avec l'art. 62, al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

² L'assurance médecin de famille AGRI-eco se distingue en particulier par un choix limité du médecin.

II. RAPPORT 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 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 est possible, en respectant les délais de résiliation prescrits par la LAMal, pour la fin de chaque année civile.

³ Lors d'un 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 suivant le changement de domicile. La personne assurée doit informer par écrit et au préalable 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 correspondante est adressée aux assurés au moins deux mois avant l'échéance et mentionne le droit de changer d'assureur.

Art. 6 Choix du médecin de famille

¹ L'assuré limite volontairement son 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'affiliation à l'assurance médecin de famille AGRI-eco.

² L'assuré s'engage 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 que pour le 30 juin et le 31 décembre moyennant un préavis de trois mois. La communication doit être adressée par écrit.

² L'assuré peut changer de médecin de famille exceptionnellement pour le premier jour du mois suivant dans les cas suivants:

- lors d'un changement de domicile;
- lorsque le médecin de famille ferme son cabinet ou s'installe dans une autre commune politique;
- en cas de dissension 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, à titre exceptionnel au sens de l'art. 7 al. 2, notifier un changement de médecin de famille à la personne assurée pour le premier jour du mois suivant.

III. PRINCIPES ET PRESTATIONS D'ASSURANCE

Art. 8 Base

Avant chaque traitement ambulatoire, semi-hospitalier ou hospitalier ainsi qu'avant la prescription de médicaments et de moyens auxiliaires, le médecin de famille choisi doit toujours être consulté en priorité. En cas de besoin, celui-ci orientera l'assuré vers un médecin spécialisé, une personne paramédicale ou un hôpital.

Art. 9 Exceptions

Les exceptions suivantes autorisent l'assuré à déroger au 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 d'urgence. 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 à la personne assurée. 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 les traitements ophtalmologiques, la Caisse-maladie Agrisano SA accorde le libre choix à la personne assurée. 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 se conforment intégralement aux dispositions de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

Art. 11 Médicaments / promotion de génériques

¹ La Caisse-maladie Agrisano SA promeut l'utilisation de médicaments à prix avantageux. Les membres de l'assurance médecin de famille AGRI-eco s'engagent à choisir, lors de la prescription des médicaments, le médicament le moins cher contenant le même principe actif. Si l'assuré ne choisit pas le médicament le moins cher, la prestation à charge de la caisse passe à 65 % du prix du médicament concerné. En outre, les dispositions des art. 52 et 52a LAMal s'appliquent.

² Le montant pris en charge par la caisse pour le médicament est soumis à l'imputation de la franchise choisie, une quote-part de 10 % est également déduite. Une quote-part 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 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) sont applicables.

IV. PRIMES D'ASSURANCE / PARTICIPATION AUX COÛTS

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 différer d'une région à l'autre.

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

Art. 13 Participation aux coûts

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

V. OBLIGATION DE COLLABORER

Art. 14 Informations relatives à l'affiliation

L'assuré veille lors de chaque visite chez le médecin de famille à ce que ce dernier ait connaissance de son appartenance à l'assurance médecin de famille AGRI-eco de la Caisse-maladie Agrisano SA. Dans les cas d'urgence, il indique dès que possible qu'il est affilié à l'assurance médecin de famille AGRI-eco de la caisse Caisse-maladie Agrisano SA.

Art 15 Traitements d'urgence

Si un cas d'urgence requiert une hospitalisation ou un traitement ambulatoire par un médecin d'urgence, l'assuré est tenu de faire parvenir dès que possible une attestation et un rapport du médecin d'urgence à son médecin de famille choisi.

Art. 16 Orientations par le médecin de famille choisi

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

Art. 17 Opérations

Lorsqu'un médecin spécialisé (gynécologues et ophtalmologues inclus) recommande une intervention chirurgicale, l'assuré est tenu, avant cette opération, d'obtenir l'accord du médecin de famille.

Art. 18 Séjours dans des hôpitaux et des cliniques de jour

A l'exception des cas d'urgence, les séjours et les traitements dans des hôpitaux et des cliniques de jour ne sont possibles qu'avec l'accord du médecin de famille choisi.

Art. 19 Séjours de réhabilitation et cures balnéaires

Si l'assuré nécessite un séjour de réhabilitation ou une cure balnéaire, il doit consulter son médecin de famille au minimum 14 jours au préalable. Le médecin de famille donne une recommandation motivée à l'intention du médecin-conseil de la Caisse-maladie Agrisano SA.

Art. 20 Obligation d'annoncer le changement du médecin de famille

¹ Lors d'un changement du médecin de famille selon l'art. 7 du présent règlement, l'assuré est tenu d'en informer par écrit son médecin de famille actuel au minimum 14 jours avant le changement de médecin, ainsi que d'annoncer également ce changement par écrit à la Caisse-maladie Agrisano SA.

² Si les assurés n'indiquent pas de nouveau médecin de famille lors de l'annonce de changement, ils sont automatiquement transférés 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 déclarent accepter, en cas de changement du médecin de famille, qu'un dossier du patient complet soit 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

Par l'affiliation à l'assurance médecin de famille AGRI-eco, les assurés déclarent accepter que leur médecin de famille soit renseigné par la Caisse-maladie Agrisano SA sur les coûts occasionnés auprès d'autres fournisseurs de prestations. Lors d'un échange de données, les parties respectent les dispositions en matière de protection des données selon la LAMal, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et 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 la violation de l'obligation de collaborer est due à des motifs excusables.

² En cas de première violation, la réduction se monte à 50 % au maximum avant déduction de la participation aux coûts.

³ En cas de récurrence de violation, la prise en charge des coûts peut être totalement refusée. La Caisse-maladie Agrisano SA peut en outre exclure

l'assuré de l'assurance médecin de famille AGRI-eco, avec effet au premier jour du mois suivant. La date de la violation est déterminante à cet égard. 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'au terme d'un délai de 36 mois.

VII. DISPOSITIONS FINALES

Art. 24 Rapport aux conditions générales d'assurance LAMal

Dans la mesure où le présent règlement ne contient pas d'autres réglementations, les CGA de la Caisse-maladie Agrisano SA s'appliquent par analogie.

Art. 25 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE INDIVIDUELLE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES SELON LA LAMal

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

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1 But / bases juridiques

¹ Se fondant sur les conditions générales d'assurance (CGA) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ainsi que sur la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal), la Caisse-maladie Agrisano SA propose une assurance individuelle d'indemnités journalières.

² L'assurance individuelle d'indemnités journalières garantit des prestations en cas de pertes de gain pour cause de maladie, d'accident, pour autant que ceux-ci soient assurés et qu'aucune assurance-accidents ne les prenne en charge, ainsi qu'en cas de maternité.

II. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE

Art 2 Affiliation

Toute personne ayant 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 individuelle d'indemnités journalières auprès de la Caisse-maladie Agrisano SA.

Art. 3 Début / fin

¹ La demande d'affiliation se fait par écrit au moyen du formulaire pré-imprimé mis à disposition par la Caisse-maladie Agrisano SA. La conclusion de l'assurance est possible pour chaque début de mois.

² Le proposant doit répondre intégralement et conformément à la vérité aux questions posées dans le formulaire. Les personnes sous tutelle peuvent uniquement être assurées avec le consentement de leur représentant légal. En cas de renseignements inexacts ou incomplets lors de la demande d'affiliation, la Caisse-maladie Agrisano SA peut rétroactivement prendre les mêmes mesures qu'elle aurait prises lors d'une demande conforme.

³ Par sa demande d'affiliation signée, le requérant autorise la Caisse-maladie Agrisano SA à se procurer les renseignements nécessaires à la conclusion de l'assurance et à l'évaluation du risque auprès du personnel médical ou d'autres assureurs. Pour déterminer l'obligation de fournir des prestations futures, l'assuré doit, en signant le formulaire «annonce indemnités journalières», autoriser une nouvelle fois la Caisse-maladie Agrisano SA à se procurer les renseignements nécessaires à la détermination des prestations auprès du personnel médical et d'autres assureurs. La Caisse-maladie Agrisano SA peut exiger un certificat médical ou un examen médical à ses frais. Le preneur d'assurance est tenu de fournir tous les renseignements nécessaires concernant la personne assurée.

⁴ La couverture d'assurance demeure provisoire depuis la date mentionnée dans le formulaire d'affiliation jusqu'à la date de remise de la police d'assurance. Si un cas d'assurance survient pendant la durée de la couverture provisoire, il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance s'il ressort clairement des documents à fournir selon les alinéas 1 et 3 que le cas d'assurance est dû à une maladie, à un accident ou aux suites d'un accident qui existaient déjà avant que la couverture provisoire ne soit accordée. Demeurent réservées les dispositions légales dérogatoires en la matière.

⁵ L'assurance d'indemnités journalières prend fin au décès, à la démission, à l'épuisement des prestations, à l'exclusion, à la cessation permanente de l'activité lucrative, à la sortie du rayon d'activité de la Caisse-maladie Agrisano SA ou à l'atteinte de l'âge de 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 trois mois soit respecté.

Art 4 Exclusion

Si le comportement d'un assuré s'avère abusif ou inexcusable, ladite personne peut être exclue dans les cas suivants:

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

Art 5 Suspension

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

- en cas de séjour à l'étranger pour plus de trois mois;
- en cas de service militaire ou civil d'une durée ininterrompue de plus de 60 jours;
- en cas d'assurance obligatoire d'au minimum trois mois auprès d'une autre caisse-maladie ainsi que dans d'autres cas similaires;
- lors d'un séjour de plus de trois mois dans un établissement servant à l'exécution des peines et mesures.

² Dès que les conditions susmentionnées ne sont plus réunies, l'assuré est tenu de réactiver l'assurance d'indemnités journalières dans un délai de 14 jours.

³ La prime de risque s'élève à 10 % du tarif ordinaire de prime, mais au minimum à CHF 10.- par mois.

⁴ La demande de suspension doit être effectuée à l'avance et par écrit.

Art 6 Réserves

¹ Les maladies et suites d'accident déjà présentes au moment de l'affiliation sont exclues de la couverture d'assurance au moyen d'une réserve. Il en va de même pour les maladies antérieures si, d'expérience, une rechute est possible.

² La réserve d'assurance n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré. Les maladies prises en compte par la réserve ou les accidents dont les suites font l'objet d'une réserve, ainsi que le début et la fin du délai de réserve, doivent être notifiés avec précision par écrit.

³ La réserve est caduque au plus tard après cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.

⁴ Lors d'une augmentation de l'indemnité journalière assurée ou d'une diminution du délai d'attente, les alinéas 1 à 3 s'appliquent 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 émettre aucune nouvelle réserve lorsque:

- l'entrée en fonction ou la fin de ses rapports de travail l'exige;
- elle sort du rayon d'activité de l'ancien assureur;
- 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 doit informer par écrit la personne assurée de son droit de libre passage. S'il omet de le faire, la couverture d'assurance reste de son ressort. L'assuré doit faire valoir son droit de libre passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

⁴ Sur demande de la personne assurée, la Caisse-maladie Agrisano SA doit continuer d'assurer l'indemnité journalière selon l'étendue appliquée jusqu'alors. A cet égard, elle peut prendre en compte le montant de l'indemnité journalière perçu auprès 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 Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de la Caisse-maladie Agrisano SA.

² Toute personne qui se retire d'une assurance collective d'indemnités journalières 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 al. 3 du présent règlement. Le montant maximal correspond à celui qui était assuré dans le contrat collectif.

³ En cas de sortie d'une assurance collective, aucune nouvelle réserve d'assurance ne pourra être émise dans l'assurance individuelle

⁴ La Caisse-maladie Agrisano SA informe par écrit la personne assurée de son droit de transfert dans l'assurance individuelle. Si elle omet de le faire, l'assuré reste affilié à l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de transfert dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

III. OFFRE D'ASSURANCE

Art 9 Offre d'assurance

¹ Le proposant peut conclure une indemnité journalière en cas 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.

En cas de prestation, le montant de l'indemnité journalière ne doit pas mener à une surindemnisation au sens de l'art. 19.

² La proposant peut conclure une indemnité journalière en cas de maladie et d'accident de CHF 20.- au maximum avec un délai d'attente de:

- h) 14 jours
- i) 21 jours
- j) 30 jours
- k) 60 jours
- l) 90 jours
- m) 180 jours
- n) 360 jours.

En cas de prestation, le montant de l'indemnité journalière ne doit pas mener à une surindemnisation au sens de l'art. 19.

³ Pour chaque personne assurée, il est possible d'assurer une indemnité journalière de CHF 20.- au maximum, tous types d'assurances confondus.

IV. GROUPES D'AGE ET PRIMES

Art 10 Groupes d'âge

¹ Les groupes d'âges suivants s'appliquent:

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 assurés 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. Ils restent ensuite dans le groupe d'âge 30 indépendamment de leur âge effectif. Le transfert intervient toujours au début de la prochaine 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 effectif ou de l'âge d'entrée au moment de l'entrée en vigueur de l'augmentation de l'assurance.

Art. 11 Primes

¹ Les primes de l'assurance individuelle d'indemnités journalières sont fixées par le conseil d'administration.

² Les assurés ont l'obligation de verser les primes pour le mois entier à l'avance qu'ils soient malades ou en bonne santé. Si l'assurance individuelle d'indemnités journalières selon la LAMal ne cesse pas à la fin d'un mois, la prime correspondante est calculée au jour près.

V. ÉTENDUE DES PRESTATIONS

Art. 12 Droit aux prestations

¹ La condition donnant droit à une prestation est une incapacité effective de travail d'au moins 50 %, attestée par le médecin ou le chiropraticien traitants.

² Le droit aux prestations de l'indemnité journalière individuelle n'existe que dans la mesure où l'assuré ne réalise pas un gain d'assurance (surindemnisation). A cet égard, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent.

³ L'indemnité journalière assurée est versée, pour une ou plusieurs maladies ou accidents, pendant une durée maximale de 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs.

⁴ Un droit à des prestations n'existe qu'après l'écoulement du délai d'attente convenu. Celui-ci commence à courir à partir du jour où le médecin a attesté l'incapacité de travail.

⁵ Le délai d'attente convenu n'est pris en compte qu'une fois dans une période de 365 jours pour les maladies et les accidents combinés.

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, dans la mesure où l'employeur est tenu de poursuivre le versement du salaire durant le délai d'attente.

⁸ Les prestations en cas de maternité ne sont pas imputées à la durée maximale du droit aux prestations.

⁹ En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant 720 jours dans une période de 900 jours. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

¹⁰ L'assuré ne peut empêcher l'épuisement du droit aux 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 sortie de l'assurance.

Art. 13 Chômeurs assurés

¹ En cas d'incapacité de travail supérieure à 50 %, le chômeur assuré perçoit les indemnités journalières intégrales.

² En outre, les chômeurs assurés peuvent, contre une adaptation appropriée de la prime de leur ancienne assurance d'indemnités journalières, être transférés dans une assurance avec début des prestations dès le 31^e jour, à condition de maintenir le montant de l'ancienne indemnité journalière et de respecter l'âge d'entrée jusqu'alors, 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 auprès d'une caisse-maladie pour l'indemnité journalière assurée, pendant au moins 270 jours et sans interruption de plus de trois mois au moment des prestations de maternité.

² L'assurée a droit, dans la mesure où il n'existe pas de surindemnisation, à une indemnité journalière de maternité d'une durée maximale de 16 semaines, dont au maximum deux peuvent être prétendues avant l'accouchement.

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

Art 15 Etranger

En cas d'incapacité de travail lors d'un séjour à l'étranger, l'indemnité journalière assurée n'est versée que pendant la durée du séjour stationnaire dans un établissement médical.

Art. 16 Annonce / certificat

¹ La personne assurée est tenue d'annoncer son incapacité de travail dans les dix jours et de présenter, dans les trois jours qui suivent, une attestation écrite d'incapacité de travail délivrée par le médecin ou le chiropraticien traitants. En cas d'accident, le formulaire de déclaration d'accident transmis par la Caisse-maladie Agrisano SA doit lui être retourné dûment rempli et signé dans les dix jours.

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

³ Après la fin de l'incapacité de travail, une attestation médicale écrite doit être immédiatement adressée à la Caisse-maladie Agrisano SA. Cette procédure est également requise lorsqu'une incapacité de travail subsiste, mais que celle-ci ne donne pas droit à une indemnité.

Art. 17 Rapport à d'autres assureurs

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

- a) loi sur les allocations de perte de gain (LAPG);
- b) assurance-vieillesse et survivants (AVS);
- c) assurance militaire (AM);
- d) assurance-accidents (LAA);
- e) assurance-invalidité (AI);
- f) autres assurances sociales, dans la mesure où aucune disposition légale en matière de coordination ne s'applique;

- g) prestations de l'indemnité journalière d'autres assureurs privés;
- h) assurance de la 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 Surindemnisation / gains d'assurance

- ¹ Sont à considérer comme gains d'assurance les prestations qui dépassent la couverture de la perte de gain. Les coûts 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 si les personnes assurées ne peuvent pas prouver une perte de gain ou des coûts liés à une maladie ou à un accident non couverts autrement.
- ³ En cas de réduction de l'indemnité journalière résultant d'une surindemnisation, la personne assurée a droit à la contrepartie de 720 indemnités journalières pleines. Les délais relatifs à l'octroi sont prolongés en fonction de la réduction.

VI. DISPOSITIONS FINALES

Art. 20 Dispositions générales

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

Art. 21 For

En cas de litiges liés aux assurances conformément aux présentes dispositions, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de résidence de la personne assurée ou du tiers requérant au moment du dépôt du recours.

Art. 22 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur au 1^{er} janvier 2019.