

Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires avec Bonus

SB

SBGA01-F5 – Edition 01.04.2003

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 6	Primes
Art. 2	Condition d'admission	Art. 7	Echelon de primes
Art. 3	Prestations assurées	Art. 8	Variation de l'échelon de primes
Art. 4	Droit aux prestations	Art. 9	Droit et obligation de l'assuré
Art. 5	Franchise		

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), dont la date d'édition est mentionnée sur la police d'assurance.

Art. 1 But de l'assurance

Le but de cette assurance complémentaire est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins.

Par l'octroi d'un bonus lié à la non-consommation, elle responsabilise l'assuré et lui permet de réduire le montant de sa prime (art. 8).

Art. 2 Condition d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance de soins complémentaires avec bonus jusqu'au jour de ses 60 ans.

Art. 3 Prestations assurées

L'assureur alloue les prestations suivantes, en complément à l'assurance obligatoire des soins:

(cf. annexe A faisant partie intégrante des présentes conditions particulières)

1. Prestations soumises au calcul du bonus et de la franchise

1. Médecine douce

L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin dont le diplôme est reconnu par le droit suisse ou un praticien en thérapeutique naturelle reconnu par l'assureur. L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapeutique naturelle.

Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute auprès duquel il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus par l'assureur.

Liste des thérapies «médecine douce»

Naturopathie

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, bio-résonance, biothérapie, chromothérapie, électro-acupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morothérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

Techniques du toucher

acupressure, drainage lymphatique, étioopathie, eurythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

Autres

biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatisme (méthode).

Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.

2. Médicaments limités

Le pourcentage prévu des frais de médicaments qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception toutefois des préparations pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

3. Médicaments hors-liste

Le pourcentage prévu des frais de médicaments ne figurant sur aucune liste officielle (LS-LMT) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion toutefois des préparations pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

4. Frais de placement et d'accompagnement

Sur demande préalable à l'assureur, le pourcentage des frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle.

En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.

5. Moyens auxiliaires

Le pourcentage prévu des frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires

(prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement selon la liste établie par l'assureur.

6. Frais de transport

Le pourcentage prévu des frais de transports consécutifs à une maladie ou à un accident couverts jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de sauvetage.

Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

7. Traitement ambulatoire

Libre choix du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal, pour autant que le fournisseur de soins soit reconnu par l'assureur.

Le pourcentage prévu de la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.

8. Cures thermales en Suisse

Le pourcentage prévu des frais de traitement et de pension en cas de cure thermique dans les établissements reconnus par l'assureur, selon la liste des établissements de cures balnéaires reconnus selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les prestations sont octroyées si elles sont médicalement nécessaires et prescrites par un médecin. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

9. Cures de convalescence en Suisse

Le pourcentage prévu des frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence en Suisse dans les établissements reconnus par l'assureur, et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

10. Aide à domicile

Suite à une hospitalisation liée à une maladie ou à un accident (maternité exclue) et sur demande préalable à l'assureur, un montant pour des frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel et qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.).

Aucune prestation n'est allouée lorsque l'assuré est reconnu invalide par l'assurance invalidité (AI), l'assuré bénéficie d'une rente d'allocation pour impotent ou séjourne dans un établissement hospitalier, de cure ou de convalescence.

11. Lunettes et verres de contact

Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

12. Repas à domicile

Suite à une hospitalisation, le montant prévu des frais pour les repas à domicile fournis par une institution reconnue par l'assureur et sur prescription médicale.

13. Livraison des médicaments à domicile

La prise en charge des frais d'expédition des médicaments prescrits sur ordonnance, par l'intermédiaire d'un partenaire reconnu par l'assureur.

2. Prestations non soumises au calcul du bonus et à la franchise

1. Groupe Mutuel Assistance

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (catégorie ASS) (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 kilomètres du domicile de l'assuré, en Suisse et à l'étranger).

2. Prévention

1. Seconde opinion

Le pourcentage prévu des frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation, dispensé par un médecin reconnu par l'assureur. La mention «seconde opinion» doit figurer sur la note d'honoraires.

2. Mammographies

Le pourcentage prévu des mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

3. Vaccins

Les frais pour les vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'OPAS et qui sont nécessaires en Suisse, ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.

4. Tests préventifs (Elisa ou HIV)

Le pourcentage prévu des frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par des dispensateurs de soins reconnus.

5. Check-up

Le pourcentage prévu des frais de check-up dispensé par un médecin reconnu par l'assureur, mais au maximum un check-up tous les trois ans.

6. Psychothérapie

Le montant prévu des frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants, mais au maximum deux séances annuelles. Ces prestations sont servies en complément à l'assurance obligatoire de soins.

7. Contrôle dentaire annuel

Le montant prévu des frais pour un contrôle préventif annuel pratiqué par un dentiste au bénéfice

d'un diplôme fédéral et qui n'est pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

8. Conseils diététiques

Le montant prévu des frais pour des conseils de diététique prodigués par des dispensateurs reconnus par l'assureur, mais au maximum trois conseils sur une période de trois ans.

9. Promotion Santé

Pour les mesures destinées à promouvoir la santé dans les domaines de l'école du dos, du fitness et des prestations pour désintoxication au tabac ou à l'alcool sous forme de cure dans un établissement agréé, l'assurance prend en charge le pourcentage des frais facturés par des fournisseurs reconnus par l'assureur, mais au maximum le montant mentionné dans l'annexe A. Si plusieurs mesures destinées à promouvoir la santé sont effectuées au cours de la même année civile, la prestation maximale totale prise en charge est de Fr. 200.–.

Art. 4 Droit aux prestations

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits (prestations avec limite de durée ou de montant) ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
3. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin ou d'une personne dûment autorisée et reconnue par l'assureur. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les quotes-parts et les franchises légales de l'assurance obligatoire des soins et des autres assurances complémentaires.

Art. 5 Franchise

1. Les prestations de l'article 3, alinéa 1 sont soumises à la franchise annuelle de Fr. 150.–.
2. Aucune franchise n'est prélevée pour les prestations de l'article 3, alinéa 2.

Art. 6 Primes

1. L'assuré qui, durant l'année, atteint le niveau maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes:
 - de 0 à 18 ans;
 - de 19 à 25 ans;
 - dès la 26^e année et jusqu'à la 71^e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.
2. Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées ainsi que des échelons de primes. Une modification de l'échelon de primes (selon l'art. 8) n'est pas considérée comme une adaptation de la prime au sens de l'article 29

al. 1 CGC. Le droit à la résiliation en cas d'adaptation des primes n'est donc pas applicable dans ce cas.

Art. 7 Echelon de primes

1. Pour l'année d'admission ainsi que pour l'année suivante, l'échelon de primes 3 est applicable.
2. Les échelons de primes suivants sont possibles:

% de la prime	Echelon de primes
100	5
90	4
80	3
70	2
60	1
50	0

Art. 8 Variation de l'échelon de primes

1. Si, au cours d'une période de référence, l'assuré ne bénéficie d'aucune prestation (montants couverts par l'assureur et inférieurs à la franchise) citée à l'article 3, chiffre 1, la prime de l'année civile suivante est calculée d'après l'échelon de primes immédiatement inférieur, à moins qu'il n'ait déjà atteint l'échelon de primes le plus bas.
2. La période du 1^{er} juillet au 30 juin est réputée période de référence permettant d'établir si l'assuré a bénéficié de prestations de l'assurance de soins complémentaires avec bonus. La date de paiement de la prestation par l'assureur est déterminante pour l'attribution à la période de référence.
3. Si, au cours d'une période de référence, l'assuré bénéficie de prestations (montants couverts par l'assureur) citées à l'article 3, chiffre 1, pour un montant supérieur à celui de la franchise prévue à l'article 5, la prime de l'année civile suivante est augmentée d'un échelon. L'augmentation a lieu au maximum jusqu'à l'échelon de primes 5 qui équivaut à 100% de la prime ordinaire.

Art. 9 Droit et obligation de l'assuré

1. Si la facture parvient à l'assureur plus de six mois après sa date d'émission, et que de ce fait l'assuré bénéficie indûment d'une réduction de primes, l'assureur est autorisé à réduire ses prestations dans la mesure de la prime indûment épargnée.
2. Lorsque le système du tiers payant est pratiqué pour les remboursements des prestations, l'assuré a la possibilité, dans un délai de 30 jours, dès réception du décompte, de rembourser à l'assureur les prestations versées par lui, permettant ainsi à l'assuré de conserver son droit au bonus.

Annexe A

Type de prestations	Prise en charge
Prestations soumises au calcul du bonus et de la franchise de Fr. 150.-	
Médecine douce	90% illimité
Médicaments limités	90% illimité
Médicaments hors liste	90% illimité
Frais de placement et d'accompagnement	90% illimité
Moyens auxiliaires	90% illimité
Frais de transport et de sauvetage	90% illimité
Libre choix du médecin en Suisse	90% illimité
Cures thermales en Suisse	90% illimité (max. 30 jours par an)
Cures de convalescence en Suisse	90% illimité (max. 30 jours par an)
Aide à domicile	90% (max. Fr. 2'500.- par an)
Lunettes et verres de contact	Fr. 150.- par période de 3 ans
Repas à domicile suite à une hospitalisation	Fr. 20.- par jour (max. 30 jours par an)
Livraison des médicaments à domicile	Prise en charge des frais d'expédition
Prestations non soumises au calcul du bonus et de la franchise de Fr. 150.-	
Groupe Mutuel Assistance	En cas d'urgence en Suisse et à l'étranger
Prévention	
Seconde opinion	90% illimité
Mammographies	90% illimité
Vaccins	90% illimité
Tests préventifs (HIV, Elisa)	90%, illimité
Check-up (tous les 3 ans)	90% illimité
Psychothérapie	2 séances par an, max. Fr. 140.-
Contrôle dentaire annuel	max. Fr. 75.- par an
Conseils diététiques (max. 3 conseils sur 3 ans)	Fr. 50.- par séance
Promotion Santé: école du dos, fitness, prestations pour désintoxication du tabac et de l'alcool	50%, max. Fr. 200.- par an