

Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global Solution

GO

GOAM02-F1 – Edition 01.09.2011

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 5	Prestations assurées
Art. 2	Risques couverts	Art. 6	Droit aux prestations
Art. 3	Conditions d'admission	Art. 7	Primes
Art. 4	Résiliation du contrat d'assurance	Art. 8	Franchises

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

1. Le but de cette assurance est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).
2. L'assurance Global Solution est composée de trois niveaux de couverture (module de base):
 - Niveau 1
 - Niveau 2
 - Niveau 3
3. Ce module de base peut être complété par les prestations de traitements dentaires de l'option «Dentaire plus».
4. La couverture correspondant au niveau 3 peut être étendue grâce à l'option «Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger».

Art. 2 Risques couverts

Les prestations du produit Global Solution sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité.

Art. 3 Conditions d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance Global Solution, Niveau 1 et Niveau 2, sans limite d'âge. Pour le Niveau 3, la limite d'âge est fixée au jour de ses 65 ans.

Art. 4 Résiliation du contrat d'assurance

Au terme de 3 ans de couverture d'assurance, cette dernière peut être dénoncée par le preneur d'assurance pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de six mois.

Art. 5 Prestations assurées

1. En Suisse

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Traitements stationnaires	division commune	division commune	division mi-privée ou privée La variante assurée est mentionnée sur la police d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> - Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu. - Prise en charge des coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale. - Les établissements doivent être reconnus au sens de la LAMal (hôpital avec mandat de prestations cantonal) ou avoir conclu une convention tarifaire avec Mutuel Assurances SA pour les divisions correspondantes. - Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 60 jours. - Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée en cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées. La durée des prestations dans un établissement en soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 180 jours précités. - L'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.
Traitements ambulatoires	100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Libre choix du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal. - Prise en charge 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.
Médicaments limités hors liste	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Médicaments ordonnés par un médecin ou un prescripteur de soins reconnu LAMal, non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). - Exclusions: préparations pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA) – www.lppa.ch.
Frais de transport	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que les dits transports soient médicalement nécessaires. - Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge.
Médecines alternatives	30%	60%	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des thérapies selon liste ci-dessous (point 5.1.1 liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur. - Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute où il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus par l'assureur pour la thérapie envisagée.
Lunettes médicales et verres de contact	Fr. 150.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Frais d'achat en Suisse ou à l'étranger.
Traitements dentaires	Aucune prestation	Jusqu'à 18 ans 50%, max. Fr. 2'000.–/an Dès 19 ans 50%, max Fr. 500.–/an	Jusqu'à 18 ans 50%, max. Fr. 2'000.–/an Dès 19 ans 50%, max Fr. 1'000.–/an	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selon le niveau choisi, prise en charge des frais: <ul style="list-style-type: none"> - de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé; - de contrôle dentaire prophylactique annuel; - de soins d'orthopédie dento-faciale; - de laboratoire. 2. Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat. 3. Les prestations pour interventions prothétiques (remplacement de dents, pose de couronnes, de dents-pivots, de bridges, de prothèses partielles ou intégrales, etc.) sont, en cas d'accident, octroyées immédiatement après l'entrée en vigueur de l'assurance; pour les autres cas, elles sont accordées au plus tôt après 12 mois d'affiliation. 4. Pour tous les traitements dentaires, les prestations d'assurance sont accordées après un stage de 3 mois, sous réserve des points 2 et 3 précités. 5. Le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations prises en charge; la majoration éventuelle ne peut excéder 50%.

Option «Dentaire plus»

classe 1: 75%, max. Fr. 3'000.–/an
classe 2: 75%, max. Fr. 15'000.–/an

Selon liste des prestations «Traitements dentaires» ci-dessus.

L'option assurée et la classe d'assurance sont mentionnées sur la police d'assurance.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Cures thermales	Aucune prestation	50%, max. 30 jours par an	90%, max. 30 jours par an	<ul style="list-style-type: none"> Frais de traitement et de pension en cas de cure thermique dans les établissements de cures balnéaires reconnus par l'Ordonnance sur les Prestations de l'Assurance des Soins (OPAS). Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal. Une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Cures de convalescence	Aucune prestation	50%, max. 30 jours par an	90%, max. 30 jours par an	<ul style="list-style-type: none"> 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 ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Aide à domicile	50%, max. Fr. 1'500.– par an	50%, max. Fr. 1'500.– par an	90%, max. Fr. 2'500.– par an	<ul style="list-style-type: none"> 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), bénéficie d'une rente d'allocation pour impotent ou séjourne dans un établissement hospitalier de cure ou de convalescence.
Cure de désintoxication de l'alcool	Fr. 50.– /jour, max. 30 jours par an	Fr. 100.– /jour, max. 30 jours par an	Fr. 100.– /jour, max. 30 jours par an	<ul style="list-style-type: none"> Contribution aux frais de traitement et de pension en cas de cure résidentielle, dans un établissement spécialisé en matière de cures de désintoxication pour alcooliques. Seules les cures prodiguées par un établissement reconnu par la «Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue» sont prises en charge. La liste des établissements est disponible auprès de l'assureur ou sur le site www.coste.ch.
Vaccins	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des frais pour les vaccinations médicalement prescrites pour la Suisse (non comprises dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins), ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.
Check-up	90%, max. 1 tous les 3 ans	90%, max. 1 tous les 3 ans	90%, max. 1 tous les 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> Seuls les check-up dispensés par un médecin reconnu au sens de la LAMal sont pris en charge. Le check-up comprend: <ul style="list-style-type: none"> pour les personnes jusqu'à 40 ans, une consultation (examen prolongé), les analyses de glucose et de cholestérol pour les personnes de plus de 40 ans: une consultation (examen prolongé), un électrocardiogramme au repos, les analyses hématochimiques, de glucose et de cholestérol.
Seconde opinion	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation. La mention «seconde opinion» doit figurer sur la note d'honoraires.
Promotion Santé	50%, max. Fr. 200.– /an	50%, max. Fr. 200.– /an	50%, max. Fr. 200.– /an	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des frais résultant d'une cure dans un établissement ou fournisseur agréé par l'assureur, et cela dans les domaines de l'école du dos, du fitness et des prestations pour désintoxication au tabac. 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.–.

1. Liste des thérapies «médecine alternative»

Naturopathie	Techniques du toucher	Autres
Acupuncture	Acupression	Auto phoni psychologie
Aromathérapie	Alexander	Biodynamique
Auriculothérapie	Cardio forme	Eurythmie
Biorésonance	Drainage lymphatique	Gestalt
Biothérapie	Etiopathie	Rebirthing
Chromothérapie	Eurythmie	Relaxation
Conseil en nutrition	Fasciathérapie	Sophrologie
Electroacupuncture	Inochi thérapie	Thérapie NST
Eutonie	Intégration posturale	Tomatis (méthode)
Géobiologie	Kinésiologie	
Herboristerie	Massages	
Homéopathie	Médecine anthroposophique	
Iridologie	Mésothérapie	
Irrigation colonique	Métamorphose	
Kneipp thérapie	Orthobionomie	
Laserthérapie	Ostéopathie	
Magnétisme	Pédicure (soins fonctionnels)	
Magnétothérapie	Polarité	
Morathérapie	Rééquilibration énergétique	
Naturopathie	Réflexologie	
Oxygénothérapie	Reiki	
Peinture thérapeutique	Rolfing	
Phytothérapie	Shiatsu	
Respiration	Touch for Health	
Sympathicothérapie	Trager	
Test laboratoire	Training autogène	
Ventouses	Vitalpraktik	

2. Option «Dentaire plus»

L'assuré peut, moyennant un supplément de prime, étendre sa couverture d'assurance pour les traitements dentaires.

Avec cette couverture étendue, le pourcentage de prise en charge des frais correspondants s'élève à 75%.

Selon la classe d'assurance choisie pour cette option, ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de Fr. 3'000.-, respectivement Fr. 15'000.-.

2. A l'étranger

1. Les prestations ci-après sont valables dans le monde entier, à l'exclusion de la Suisse et du Liechtenstein, pour des traitements d'urgences:

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Traitements ambulatoires				- Traitements ambulatoires reconnus au sens de la LAMaI.
Hospitalisation				- Hospitalisation pour les traitements reconnus au sens de la LAMaI.
Frais de transport				- Transports nécessités par le traitement vers le centre hospitalier le plus proche.
Rapatriement, recherche et sauvetage		La somme assurée s'élève au maximum à Fr. 100'000.-/an		- Prise en charge des frais <ul style="list-style-type: none"> - de transports en cas de rapatriement, y compris ceux d'une personne décédée, sur accord préalable de l'assureur - de recherche et sauvetage de l'assuré malade ou dont l'intégrité physique est menacée
Visite d'un membre de la famille				- Visite d'un membre de la famille de l'assuré hospitalisé depuis plus de 7 jours, à savoir: <ul style="list-style-type: none"> - les frais attestés pour le voyage aller et retour en classe économique et les transports publics jusqu'au lieu d'hospitalisation de l'assuré; - les frais de pension et de logement attestés, au plus cependant Fr. 250.- par jour jusqu'à concurrence de Fr. 2'000.-.
Option «Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger»			Max. Fr. 3'000.-/ jour, 60 jours par an L'option assurée est mentionnée sur la police d'assurance	- Hospitalisation pour les traitements reconnus au sens de la LAMaI.

2. Option «Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger»

Cette option peut être conclue par les assurés au bénéfice de la couverture GO niveau 3 moyennant un supplément de prime. Elle donne droit au remboursement des frais de traitements et frais hôteliers en cas d'hospitalisation à l'étranger, jusqu'à concurrence de Fr. 3'000.– par jour et durant 60 jours au plus par année civile. Ces prestations sont servies en complément des autres prestations mentionnées au point 5.2.1.

3. Traitements volontaires à l'étranger:

Prise en charge uniquement sur accord préalable de l'assureur.

4. La somme assurée ne peut être mise à contribution dans les cas suivants:

- pour les maladies déjà en traitement et non encore consolidées au moment du départ;
- pour les affections psychiatriques.

5. Paiement des prestations

- Si plusieurs membres de la famille tombent malades ou sont accidentés simultanément, une facture séparée doit être demandée, pour chaque assuré: au médecin, à l'hôpital, au pharmacien, etc.
- Pour obtenir le remboursement des frais, l'assuré est tenu de fournir toutes pièces justificatives nécessaires (facture originales et détaillées, certificats médicaux, ordonnances, attestations de paiement, etc.).
- Est reconnu comme cours de change pour les factures de l'étranger le cours des devises officiel du franc suisse, au dernier jour de traitement.
- L'assureur reconnaît les tarifs usuels valables dans le pays ou la région de traitement. Il se réserve le droit de réduire les factures exagérément élevées.

3. Groupe Mutuel Assistance

Les prestations prévues par les conditions particulières du Groupe Mutuel Assistance (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).

Art. 6 Droit aux prestations

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.

Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'AOS lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin dont le diplôme est reconnu par le droit suisse 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'AOS et des autres assurances complémentaires.

1. Etendue et durée des prestations en cas d'hospitalisation

Les prestations hospitalières sont limitées à la phase aiguë de la maladie. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, en particulier lors de traitements d'affections stabilisées ou chroniques, ou lorsque le séjour hospitalier ne sert pas à améliorer l'état de santé de l'assuré, le droit aux prestations s'éteint.

2. Couverture des prestations en cas de maternité

- Les prestations lors de traitements stationnaires en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après une période d'assurance de 12 mois.
- En cas d'interruption de la grossesse au sens de la LAMal et pour toute autre prestation en relation avec la maternité, le stage prévu au point a. est applicable.
- Lorsqu'une assurée séjourne dans la division d'un établissement hospitalier correspondant à sa couverture d'assurance, l'assureur prend en charge également les frais de séjour pour le nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère, pour autant que l'enfant soit au bénéfice d'une assurance de soins auprès de l'assureur dans les 30 jours suivant sa naissance. Les frais personnels ne sont pas couverts. Le point a. de ce point demeure réservé.

3. Transplantations d'organes

Dans le cadre de la présente assurance, il n'y a pas de couverture d'assurance en cas de transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération Suisse pour Tâches Communes des assureurs maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas (ces frais étant couverts par l'AOS). Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.

4. Option «Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger»

Les prestations mentionnées aux articles 5.2.1 et 5.2.2 des présentes conditions particulières (option «Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.

5. Option «Dentaire plus»

Les prestations mentionnées aux articles 5.1 et 5.1.2 des présentes conditions particulières (option «Dentaire plus») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.

Art. 7 Primes

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, à l'exception de l'option «Dentaire plus»:

- 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.

Pour l'option «Dentaire plus», les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans (0-5 ans, 6-10 ans, etc.).

Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées.

Art. 8 Franchises

1. Les assurés ont la possibilité de choisir les variantes suivantes:
 - sans franchise annuelle;
 - franchise annuelle de Fr. 500.–.
2. Les assurés ayant opté pour le niveau 3 peuvent également choisir une franchise annuelle de Fr. 1'000.–.
3. Aucune franchise n'est prélevée sur les prestations du Groupe Mutuel Assistance.