

# Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires avec bonus

**SB**

SBAM01-F5 – édition 01.09.2010

## Table des matières

<b>Art. 1</b>	Conditions d'admission	<b>Art. 7</b>	Franchise
<b>Art. 2</b>	Montants annuels assurables	<b>Art. 8</b>	Prime
<b>Art. 3</b>	Droit aux prestations	<b>Art. 9</b>	Echelon des primes
<b>Art. 4</b>	Honoraires et factures exagérés	<b>Art. 10</b>	Variation de l'échelon des primes
<b>Art. 5</b>	Prestations pour soins	<b>Art. 11</b>	Droit et obligations de l'assuré
<b>Art. 6</b>	Etendue des prestations		

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 Conditions d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance des soins complémentaires avec bonus sans limite d'âge.

## Art. 2 Montants annuels assurables

L'assureur garantit les prestations prévues par les présentes conditions d'assurance jusqu'à concurrence des montants annuels suivants:

- Couverture par année civile: Fr. 8'000.– SB1;
- Couverture par année civile: Fr. 10'000.– SB2;
- Couverture par année civile: Fr. 15'000.– SB3;
- Couverture par année civile: Fr. 20'000.– SB4.

## Art. 3 Droit aux prestations

- L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
- Les prestations octroyées par cette branche d'assurance sont servies en complément de celles de l'assurance obligatoire des soins.
- Les prestations sont imputées sur le montant assuré par année civile. Les droits de l'assuré qui a épuisé son capital se renouvellent au premier janvier de l'année suivante. Les frais postérieurs à l'épuisement du droit ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
- Lorsque les prestations offertes par l'assurance des soins spéciaux (SP), par l'assurance des soins dentaires (DP) et par l'assurance des frais dentaires (TD) sont en concurrence avec les prestations de l'assurance des soins complémentaires avec bonus (SB), les prestations allouées par cette dernière branche d'assurance seront versées après celles des assurances complémentaires SP, DP et TD.

## Art. 4 Honoraires et factures exagérés

L'assureur se réserve le droit de contester les notes d'honoraires et autres factures qu'il estime manifestement excessives et de limiter ses prestations.

## Art. 5 Prestations pour soins

- 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, par d'autres assurances sociales ou privées ou par un tiers, 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 assurances complémentaires.
- L'assureur alloue les prestations suivantes, dans les limites de l'article 6 (cf. tableau):
  - Médicaments limités (SB1, SB2, SB3 et SB4)  
Le pourcentage prévu des frais qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception toutefois des médicaments de la liste des produits pharmaceutiques à charge des assurés.
  - Médicaments hors-liste (SB1, SB2, SB3 et SB4)  
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 médicaments de la liste des produits pharmaceutiques à charge des assurés (LPPA).

3. Médecine douce (SB2, SB3 et SB4)

L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur et membre des sociétés suivantes:

- Association des praticiens en thérapie naturelle (APTN/NVS/ATN);
- Association romande des thérapeutes (ART);
- Société suisse des médecins naturalistes (SSMN);
- Assurance santé conseils assistances (ASCA);
- Association suisse d'étiopathie (ASE);
- Fédération des praticiens de santé en naturopathie (FSPN);
- Registre suisse des ostéopathes (RSO).

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapie naturelle agréés par les sociétés ci-dessus. L'assureur tient à disposition des assurés une liste des praticiens dont les prestations ne sont pas remboursées par l'assureur.

**Liste des thérapies «médecine douce»**

Naturopathie:

acupuncture, électroacupuncture, aromathérapie, biothérapie, chromothérapie, homéopathie, iridologie, laserthérapie, magnétothérapie, morothérapie, oxygénothérapie, sympathicothérapie, ventouses, herboristerie, phytothérapie, auriculothérapie.

Techniques du toucher:

drainage lymphatique, étiopathie, intégration posturale, kinésiologie, polarité, massages, orthobio-nomie, ostéopathie, réflexologie, rééquilibration énergétique, rolfing, shiatsu, acupressure, mésothérapie, médecine anthroposophique, training autogène, reiki.

Psychothérapie:

biodynamique, sophrologie, tomatis (méthode).

- Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.
- Les prestations relatives à la sophrologie sont remboursées lorsque les traitements sont effectués par un médecin, un médecin-sophrologue diplômé ASS ou par un sophrologue non médecin mais diplômé ASS.

4. Ostéopathie (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Le pourcentage prévu des frais de traitement.

5. Acupuncture, homéopathie, électroacupuncture, sophrologie (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Le pourcentage prévu des frais de traitements dispensés par un médecin qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins.

6. Cures en Suisse (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Contribution aux frais de traitement en cas de cures de bains ainsi qu'une contribution aux frais de cure de convalescence dans des établissements reconnus, mais au maximum durant 30 jours par année civile. 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.

7. Cures balnéaires à l'étranger (SB3 et SB4)

Contribution aux frais de cures balnéaires à l'étran-

ger qui sont médicalement nécessaires et autorisées préalablement par l'assureur. La demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

8. Suppléments de tarifs (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Lors de traitements ambulatoires en Suisse, 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. La prise en charge est limitée aux sommes fixées en fonction de l'article 6 ci-après.

9. Indemnité pour frais privés en cas d'hospitalisation (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Une indemnité unique et forfaitaire par hospitalisation de plus de huit jours.

10. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier (SB1, SB2, SB3 et SB4)

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.

11. Aide à domicile et frais de placement (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Sur demande préalable à l'assureur sont remboursés:

- les frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.);
- les 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.

12. Orthoptique (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Le pourcentage prévu des frais de traitement, conformément au tarif de l'AI.

13. Lunettes et verres de contact (SB2, SB3 et SB4)

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

14. Appareils et prothèses orthopédiques (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Les frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement.

C'est la liste établie par l'assureur qui est déterminante pour le remboursement des frais.

15. Cours de préparation à l'accouchement (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Le montant prévu des frais de cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

16. Indemnité unique d'allaitement (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Une indemnité d'allaitement pour autant que l'accou-

chée allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement soit confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.

17. Echographies (SB1, SB2, SB3 et SB4)

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

18. Vaccins (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Les frais des vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins et qui sont nécessaires en Suisse ainsi que celles qui sont prescrites en cas de départ à l'étranger

19. Test Elisa ou VIH (SB1, SB2, SB3 et SB4)

L'assureur alloue une contribution annuelle aux frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par les dispensateurs de soins reconnus.

20. Stérilisation volontaire (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Le pourcentage prévu des frais d'intervention, conformément aux tarifs qui seraient applicables dans l'assurance obligatoire des soins.

21. Traitements dentaires par suite d'accident (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA.

22. Soins dentaires en cas de maladie (SB2, SB3 et SB4)

Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA.

23. Frais de transports (SB1, SB2, SB3 et SB4)

L'assureur alloue une contribution aux frais de transports consécutifs à une maladie ou à un accident couvert 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 recherche et de sauvetage.

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

24. Groupe Mutuel Assistance (SB1, SB2, SB3 et SB4)

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 km du domicile de l'assuré).

## Art. 6 Etendue des prestations

Les prestations mentionnées à l'article 5, sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans le tableau suivant: (voir dernière page)

## Art. 7 Franchise

1. Une franchise annuelle de Fr. 50.– est prélevée sur les prestations de cette branche d'assurance.
2. Aucune franchise n'est prélevée sur les prestations du Groupe Mutuel Assistance.

## Art. 8 Prime

1. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes:
  - enfants: 0-18 ans;
  - jeunes adultes: 19-25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranche de 5 ans.
2. Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées ainsi que des échelons de primes.

## Art. 9 Echelon des primes

1. L'année d'admission ainsi que l'année suivante, l'échelon de primes 5 est applicable.
2. Les échelons de primes suivants sont possibles:

Echelons de primes	% de la prime SB
10	140
9	130
8	120
7	110
6	100
5	90
4	80
3	70
2	60
1	50

## Art. 10 Variation de l'échelon des primes

1. Si, au cours d'une période de référence, l'assuré ne bénéficie d'aucune prestation, 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<sup>er</sup> juillet au 30 juin est réputée celle de référence permettant d'établir si l'assuré a bénéficié des prestations de l'assurance des 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 acceptés par l'assureur), la prime de l'année civile suivante est augmentée comme suit:
  - Fr. 0.– à Fr. 50.– pas d'augmentation d'échelon;
  - Fr. 50.– à Fr. 200.– augmentation de 1 échelon;
  - Fr. 200.– et plus augmentation de 2 échelons.L'augmentation a lieu au maximum jusqu'à l'échelon de primes 10 qui équivaut à 140% de la prime ordinaire.
4. Une modification de l'échelon de primes n'est pas consi-

dérée comme une adaptation des primes au sens des conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC). Le droit à la résiliation en cas d'adaptation des primes n'est donc pas applicable dans ce cas.

## **Art. 11 Droit et obligation de l'assuré**

1. Si la facture parvient à l'assureur plus de 12 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 le remboursement 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.

Niveau de prestations	1	2	3	4
Médicaments limités (art 5, al. 2, chif.1)	90% des médicaments, Max. Fr. 600.–/année civile	90% des médicaments, Max. Fr. 800.–/année civile	90% des médicaments, Max. Fr. 1'000.–/année civile	90% des médicaments, Max. Fr. 1'200.–/année civile
Médicaments hors-liste (art 5, al. 2, chif. 2)	90% des médicaments, Max. Fr. 600.–/année civile	90% des médicaments, Max. Fr. 800.–/année civile	90% des médicaments, Max. Fr. 1'000.–/année civile	90% des médicaments, Max. Fr. 1'200.–/année civile
Médecines douces (art. 5, al. 2, chif. 4)	pas de prestations	80% des frais, Max. Fr. 2'000.–/année civile	80 % des frais, Max. Fr. 3'000.–/année civile	80 % des frais, Max. Fr. 4'000.–/année civile
Ostéopathie (art. 5, al. 2, chif.4)	50% des frais, Max. Fr. 500.–/année civile	voir médecines douces	voir médecines douces	voir médecines douces
Acupuncture, homéopathie, électroacupuncture, sophrologie (art. 5, al. 2, chif. 5)	50% des frais, Max. Fr. 500.–/année civile	voir médecines douces	voir médecines douces	voir médecines douces
Cures balnéaires en Suisse (art. 5, al. 2, chif. 6)	50% des frais, Max. Fr. 250.–/année civile	60% des frais, Max. Fr. 300.–/année civile	80% des frais, Max. Fr. 500.–/année civile	80% des frais, Max. Fr. 750.–/année civile
Cours de convalescence (art. 5, al. 2, chif. 6)	Fr. 15.– par jour, Max. 30 jours/cas	Fr. 20.– par jour, Max. 30 jours/cas	Fr. 25.– par jour, Max. 30 jours/cas	Fr. 25.– par jour, Max. 30 jours/cas
Cures de convalescence, suite d'hospitalisation (art. 5, al. 2, chif. 6)	Fr. 30.– par jours, Max. 30 jours/cas	Fr. 40.– par jours, Max. 30 jours/cas	Fr. 50.– par jour, Max. 30 jours/cas	Fr. 50.– par jour, Max. 30 jours/cas
Cures balnéaires à l'étranger (art. 5, al. 2, chif. 7)	pas de prestations	pas de prestations	50% des frais, Max. Fr. 500.–/année civile	80% des frais, Max. Fr. 1'000.–/année civile
Suppléments de tarifs (art. 5, al. 2, chif. 8)	Fr. 500.–/année civile	Fr. 600.–/année civile	Fr. 800.–/année civile	Fr. 1'000.–/année civile
Indemnité frais privés en cas d'hosp. (art. 5, al. 2, chif. 9)	Fr. 100.–/cas	Fr. 100.–/cas	Fr. 200.–/cas	Fr. 200.–/cas
Frais d'accompagnement en milieu hospitalier (art. 5, al. 2, chif. 10)	Fr. 400.–/année civile	Fr. 500.–/année civile	Fr. 600.–/année civile	Fr. 700.–/année civile
Aide à domicile et frais de placement (art. 5, al. 2, chif. 11)	Fr. 1'000.–/année civile	Fr. 1'500.–/année civile	Fr. 2'500.–/année civile	Fr. 3'000.–/année civile
Orthoptique (art. 5, al. 2, chif. 12)	50% des frais, Max. Fr. 1'000.–/année civile	50% des frais, Max. Fr. 2'000.–/année civile	80% des frais, Max. Fr. 3'000.–/année civile	80% des frais, Max. Fr. 3'000.–/année civile
Lunettes et verres de contact (art. 5, al. 2, chif. 13)	pas de prestations	Fr. 100.–/période de 3 ans	Fr. 150.–/période de 3 ans	Fr. 200.–/période de 3 ans
Appareils et prothèses orthopédiques (art. 5, al. 2, chif. 14)	Fr. 200.–/année civile	Fr. 300.–/année civile	Fr. 400.–/année civile	Fr. 500.–/année civile
Cours de préparation à l'accouchement (art. 5, al. 2, chif. 15)	Fr. 150.–/grossesse	Fr. 150.–/grossesse	Fr. 150.–/grossesse	Fr. 150.–/grossesse
Indemnité unique d'allaitement (art. 5, al. 2, chif. 16)	Fr. 100.–	Fr. 100.–	Fr. 100.–	Fr. 100.–
Echographies (art. 5, al. 2, chif. 17)	Fr. 80.–/cas de maternité	Fr. 150.–/cas de maternité	Fr. 200.–/cas de maternité	Fr. 250.–/cas de maternité
Vaccins (art. 5, al. 2, chif. 18)	90% des frais, Max. Fr. 100.–/année civile	90% des frais, Max. Fr. 150.–/année civile	90% des frais, Max. Fr. 200.–/année civile	90% des frais, Max. Fr. 250.–/année civile
Test Elisa ou VIH (art. 5, al. 2, chif. 19)	Fr. 50.–/année civile	Fr. 50.–/année civile	Fr. 50.–/année civile	Fr. 50.–/année civile
Stérilisation volontaire (art. 5, al. 2, chif. 20)	80% des frais, Max. Fr. 200.–	80% des frais, Max. Fr. 300.–	80% des frais, Max. Fr. 400.–	80% des frais, Max. Fr. 500.–
Traitements dentaires par suite d'accident (art. 5, al. 2, chif. 21)	80% des frais, Fr. 3'000.–/cas	80% des frais, Fr. 4'000.–/cas	80% des frais, Fr. 6'000.–/cas	80% des frais, Fr. 8'000.–/cas
Soins dentaires en cas de maladie (art. 5, al. 2, chif. 22)	pas de prestations	80% des frais, Max. Fr. 100.–/période de 3 ans	80% des frais, Max. Fr. 150.–/période de 3 ans	80% des frais, Max. Fr. 200.–/période de 3 ans
Frais de transports (art. 5, al. 2, chif. 23)	50% des frais, Max. Fr. 500.–/année civile	80% des frais, Max. Fr. 1'000.–/année civile	80% des frais, Max. Fr. 2'000.–/année civile	80% des frais, Max. Fr. 2'500.–/année civile
Capitaux par année civile	Fr. 8'000.–	Fr. 10'000.–	Fr. 15'000.–	Fr. 20'000.–
Groupe Mutuel Assistance (art. 5, al. 2, chif. 24)	les prestations excédant l'assurance obligatoire des soins	les prestations excédant l'assurance obligatoire des soins	les prestations excédant l'assurance obligatoire des soins	les prestations excédant l'assurance obligatoire des soins