

Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global flex

GXGA01-F7 – édition 01.04.2005

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 5	Module optionnel «Careflex»
Art. 2	Condition d'admission	Art. 6	Droit aux prestations
Art. 3	Risques couverts	Art. 7	Primes
Art. 4	Module de base «Hospiflex»		

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

L'assurance Global flex combine le module de base «Hospiflex» qui donne à l'assuré le libre choix de la division commune, mi-privée, ou privée lors de l'admission à l'hôpital avec un module optionnel de soins complémentaires «Careflex». Toutes les prestations sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (ci-après AOS).

Art. 2 Condition d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire Global flex, jusqu'au jour de ses 55 ans.

Art. 3 Risques couverts

Les prestations du produit Global flex sont octroyées en cas de maladie et d'accident (maternité exclue).

Art. 4 Module de base «Hospiflex»

1. Choix de la division et participation

En cas d'hospitalisation stationnaire (séjour de plus de 24 heures), lors d'un séjour

- dans un établissement hospitalier;
- dans un établissement de soins psychiatriques ou
- dans un établissement de réadaptation;

l'assuré a le libre choix de la division hospitalière moyennant les participations suivantes:

Division choisie Participation de l'assuré

Division commune	Fr. 0.–
Division mi-privée	Fr. 400.– par jour, au maximum Fr. 4'000.– par année civile
Division privée	Fr. 600.– par jour, au maximum Fr. 5'000.– par année civile

Dans le calcul du nombre de jours d'hospitalisation soumis à participation, le jour d'entrée et le jour de sortie sont considérés comme des jours entiers, lorsqu'ils sont facturés par l'établissement hospitalier.

Si durant une année civile, les divisions mi-privées et privées sont choisies lors d'hospitalisations par l'assuré, la limite maximale annuelle de la division privée est prise en compte.

2. Etablissements hospitaliers

Pour bénéficier des prestations de Global flex, les établissements doivent être reconnus au sens de la loi sur l'assurance maladie LAMal (hôpitaux avec mandat de prestations cantonal) ou avoir conclu une convention tarifaire avec le Groupe Mutuel Assurances GMA SA pour les divisions correspondantes.

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

Les prestations sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

- L'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale.

- 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.

4. En cas de séjour pour soins psychiatriques

Le droit aux prestations est limité à 90 jours par année civile.

5. En cas de séjour de réadaptation

Le droit aux prestations est limité à 90 jours par année civile.

6. Hospitalisation à l'étranger

- a. En cas d'urgence ou de nécessité médicale:
Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue durant 60 jours au plus par année civile, une prestation maximale de Fr. 500.– par jour. Les participations de l'assuré définies à l'article 4.1 ne sont pas applicables.
- b. Traitements volontaires à l'étranger:
Prise en charge uniquement sur accord préalable de l'assureur.

7. 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.

8. Droit et obligation de l'assuré en cas d'hospitalisation

- 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.
- Le choix de la division (commune, demi-privée ou privée) doit être annoncé avant l'admission.
- En cas d'urgence, lorsque l'assuré n'est pas en mesure de choisir la division lors de son admission, l'assureur garantit les prestations en division commune.

Art. 5 Module optionnel «Careflex»

En plus du module de base «Hospiflex» mentionné à l'article 4 des présentes conditions particulières, l'assuré peut, moyennant un supplément de prime, étendre sa couverture d'assurance en incluant les prestations suivantes:

1. Prestations soumises à la franchise annuelle de Fr. 150.–

	Prise en charge	Description
Médecine douce	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> – Prise en charge des thérapies selon liste ci-dessous* – L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapeutique naturelle – L'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute fait partie des praticiens reconnus par l'assureur
Médicaments limités et hors liste	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> – Médicaments non pris en charge par l'AOS – Exclusions: préparations pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA) – www.lppa.ch
Frais de placement	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> – Sur demande préalable à l'assureur, les frais de placement temporaire et d'accompagnement des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit 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, les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement
Moyens auxiliaires	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> – Location et achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement et nécessaires pour accomplir les actes ordinaires de la vie, selon la liste des moyens auxiliaires établie par l'assureur
Frais de transport	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> – Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires – Type de transport pris en charge: ambulance, hélicoptère ou action de sauvetage – Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge
Libre choix du médecin en Suisse	90% illimité	<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
Cures thermales en Suisse	90% illimité (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. 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 en Suisse	90% illimité (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	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.) – Les prestations sont accordées suite à une hospitalisation et sur demande préalable à l'assureur – 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
Lunettes médicales et verres de contact	Fr. 150.– par période de 3 ans	– Frais d'achat en Suisse ou à l'étranger
Repas à domicile	Fr. 20.– par jour (30 jours par an)	– Frais pour les repas à domicile fournis par une institution reconnue par l'assureur et sur prescription médicale à la suite d'une hospitalisation
Livraison des médicaments à domicile	Frais d'expédition	– Médicaments prescrits sur ordonnance, par l'intermédiaire d'un partenaire reconnu par l'assureur

2. Prestations non soumises à la franchise

	Prise en charge	Description
Seconde opinion	90% illimité	– Frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation . La mention «seconde opinion» doit figurer sur la note d'honoraires
Mammographies	90% illimité	
Vaccins	90% illimité	– Vaccins nécessaires en Suisse et recommandés par l'Office Fédéral de la Santé Publique en cas de séjour à l'étranger
Tests préventifs (HIV, Elisa)	90% illimité	– Prodigués par des dispensateurs de soins reconnus
Check-up	90% illimité max. 1 tous les 3 ans	– Dispensé par un médecin reconnu par l'assureur, mais au maximum un check-up tous les trois ans
Psychothérapie	2 séances par an, max. Fr. 140.–	– Traitements médicalement prescrits et prodigués par des psychothérapeutes non médecins et des psychologues indépendants
Contrôle dentaire	max. Fr. 75.– par an	– Contrôle préventif annuel pratiqué par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral
Conseils diététiques	Fr. 50.– par séance, max. 3 conseils sur 3 ans	– Prodigués par des dispensateurs reconnus par l'assureur, mais au maximum trois conseils sur une période de trois ans
Promotion Santé	50%, max. Fr. 200.– par an	– 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 ou fournisseur agréé par l'assureur – 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.–
Groupe Mutuel Assistance	En cas d'urgence en Suisse et à l'étranger	– 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)

*Liste des thérapies «médecine douce»

Naturopathie

Acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, biorésonance, biothérapie, chromothérapie, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morathérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sym-pathicothérapie, ventouses.

Techniques du toucher

Acupressure, drainage lymphatique, étiopathie, 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, tomatis (méthode).

Art. 6 Droit aux prestations

1. Les prestations mentionnées à l'article 5 des présentes conditions particulières (module «Careflex») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.
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'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.

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:

- 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.

Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées.