

Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires

SC

SCAMLI-F5 – édition 01.09.2010

Table des matières

Art. 1	Condition d'admission	Art. 5	Prestations pour soins
Art. 2	Montants annuels assurables	Art. 6	Etendue des prestations
Art. 3	Droit aux prestations	Art. 7	Prime
Art. 4	Honoraires et factures exagérés	Art. 8	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 Condition d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance des soins complémentaires 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.– SC1;
- Couverture par année civile: Fr. 10'000.– SC2;
- Couverture par année civile: Fr. 15'000.– SC3;
- Couverture par année civile: Fr. 20'000.– SC4.

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 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 SC et SB, les prestations allouées par cette 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. Sont considérées comme excessives, les prestations résultant d'un traitement inefficace, inadéquat et non économique.

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 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 (SC1, SC2, SC3 et SC4)
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 pour application spéciale (LPPA).
 - Médicaments hors-liste (SC1, SC2, SC3 et SC4)
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 LPPA.

3. Médecine douce (SC2, SC3 et SC4)

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 assistance (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 et tient à disposition des assurés une liste des praticiens dont les prestations sont remboursées.

Liste des thérapies «médecine douce»

Naturopathie:

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

Techniques du toucher:

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

Psychothérapie:

biodynamique, rebirthing, 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.

Massage du dos (niveau 4 uniquement)

4. Prestations de bien être (niveau 4 uniquement)

Sauna abonnement Fr. 300.-/année

Fitness thérapie/Aquafit Fr. 250.-/année

Yoga Fr. 300.-/année

Pour les abonnements de moins d'une année, les prestations seront remboursées au pro rata. Ces prestations ne sont pas soumises à la franchise annuelle de Fr. 50.-.

5. Ostéopathie (SC1, SC2, SC3 et SC4)

Le pourcentage prévu des frais de traitement.

6. Acupuncture, homéopathie, électroacupuncture, sophrologie (SC1, SC2, SC3 et SC4)

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

7. Cures thermales en Suisse (SC1, SC2, SC3 et SC4)

Contribution aux frais de traitement en cas de cure 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.

8. Cures thermales à l'étranger (SC3 et SC4)

Contribution aux frais de cures balnéaires à l'étranger 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.

9. Suppléments de tarifs (SC1, SC2, SC3 et SC4)

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.

10. Indemnité pour frais privés en cas d'hospitalisation (SC1, SC2, SC3 et SC4)

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

11. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier (SC1, SC2, SC3 et SC4)

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.

12. Aide à domicile et frais de placement (SC1, SC2, SC3 et SC4)

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.

13. Orthoptique (SC1, SC2, SC3 et SC4)

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

14. Lunettes et verres de contact (SC2, SC3 et SC4)

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.

15. Appareils et prothèses orthopédiques (SC1, SC2, SC3 et SC4)

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.

16. Cours de préparation à l'accouchement (SC1, SC2, SC3 et SC4)
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.
17. Indemnité unique d'allaitement (SC1, SC2, SC3 et SC4)
Une indemnité d'allaitement pour autant que l'accouchée 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.
18. Echographies (SC1, SC2, SC3 et SC4)
Le montant prévu des échographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.
19. Vaccins (SC1, SC2, SC3 et SC4)
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.
20. Test Elisa ou HIV (SC1, SC2, SC3 et SC4)
L'assureur alloue une contribution annuelle aux frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par les dispensateurs de soins reconnus.
21. Stérilisation volontaire (SC1, SC2, SC3 et SC4)
Le pourcentage prévu des frais d'intervention, conformément aux tarifs qui seraient applicables dans l'assurance obligatoire des soins.
22. Traitements dentaires par suite d'accident (SC1, SC2, SC3 et SC4)
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. Traitements dentaires en cas de maladie (SC2, SC3 et SC4)
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.
24. Frais de transport (SC1, SC2, SC3 et SC4)
L'assureur alloue une contribution aux frais de transport consécutif 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.
25. Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants (SC1, SC2, SC3, et SC4)

Pour les contrats d'assurance entrés en vigueur avant le 31.12.1996, l'assureur prend en charge les frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants. Ces prestations seront caduques dès qu'elles seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

26. Groupe Mutuel Assistance (SC1, SC2, SC3 et SC4)
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 annexé.

Art. 7 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:
 - de 0 à 18 ans;
 - de 19 à 25 ans;
 - dès la 26^e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.
2. Le tarif des primes tient compte de l'âge d'entrée dans la branche d'assurance.

Art. 8 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.

Types de prestations			
1	2	3	4
Médicaments limités	90%, max. Fr. 600.–/année civile	90%, max. Fr. 800.–/année civile	90%, max. Fr. 1'000.–/année civile
Médicaments hors-liste	90%, max. Fr. 600.–/année civile	90%, max. Fr. 800.–/année civile	90%, max. Fr. 1'000.–/année civile
Médecines douces	pas de prestation		
Ostéopathie	50%, max. Fr. 500.–/année civile	80%, max. Fr. 2'000.–/année civile	80%, max. Fr. 3'000.–/année civile
Acupuncture, homéopathie, électroacupuncture sophrologie	50%, max. Fr. 500.–/année civile		
Massage du dos	pas de prestation	pas de prestation	pas de prestation
Sauna abonnement, Fitness thérapie/AquaFit, Yoga	pas de prestation	pas de prestation	pas de prestation
Cures thermales en Suisse	50%, max. Fr. 250.–/année civile	60%, max. Fr. 300.–/année civile	80%, max. Fr. 500.–/année civile
Cures de convalescence	Fr. 15.– par jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 20.– par jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 25.– par jour, max. 30 jours/année civile
Cures de convalescence suite à une hospitalisation	Fr. 30.– par jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 40.– par jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 50.– par jour, max. 30 jours/année civile
Cures thermales à l'étranger	pas de prestation	pas de prestation	50%, max. Fr. 500.–/année civile
Suppléments de tarifs	Fr. 500.–/année civile	Fr. 600.–/année civile	Fr. 800.–/année civile
Indemnité frais privé en cas d'hospitalisation	Fr. 100.–/cas	Fr. 100.–/cas	Fr. 200.–/cas
Frais d'accompagnement en milieu hospitalier	Fr. 400.–/année civile	Fr. 500.–/année civile	Fr. 600.–/année civile
Aide à domicile et frais de placement	Fr. 1'000.–/année civile	Fr. 1'500.–/année civile	Fr. 2'500.–/année civile
Orthoptique	50%, max. Fr. 1'000.–/année civile	50%, max. Fr. 2'000.–/année civile	80%, max. Fr. 3'000.–/année civile
Lunettes et verres de contact	pas de prestation	Fr. 100.–/période de 3 ans	Fr. 150.–/période de 3 ans
Appareils et prothèses orthopédiques	Fr. 200.–/année civile	Fr. 300.–/année civile	Fr. 400.–/année civile
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.–/grossesse	Fr. 150.–/grossesse	Fr. 150.–/grossesse
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.–/enfant	Fr. 100.–/enfant	Fr. 100.–/enfant
Echographies	Fr. 80.– par cas de maternité	Fr. 150.– par cas de maternité	Fr. 200.– par cas de maternité
Vaccins	90%, max. Fr. 100.–/année civile	90%, max. Fr. 150.–/année civile	90%, max. Fr. 200.–/année civile
Test Elisa ou HIV	Fr. 50.–/année civile	Fr. 50.–/année civile	Fr. 50.–/année civile
Stérilisation volontaire	80%, max. Fr. 200.–/année civile	80%, max. Fr. 300.–/année civile	80%, max. Fr. 400.–/année civile
Traitements dentaires en cas d'accident	80%, max. Fr. 3'000.–/cas	80%, max. Fr. 4'000.–/cas	80%, max. Fr. 6'000.–/cas
Traitements dentaires en cas de maladie	pas de prestation	80%, max. Fr. 100.–/période de 3 ans	80%, max. Fr. 200.–/période de 3 ans
Frais de transports	50%, max. Fr. 500.–/par année civile	80%, max. Fr. 1'000.–/année civile	80%, max. Fr. 2'500.–/année civile
Psychothérapeutes non médecins et psychologues indép.	Fr. 500.–/année civile	Fr. 600.–/année civile	Fr. 700.–/année civile
Capitaux par année civile	Fr. 8'000.–	Fr. 10'000.–	Fr. 15'000.–
Groupe Mutuel Assistance	les prestations excédant l'assurance obligatoire des soins	les prestations excédant l'assurance obligatoire des soins	les prestations excédant l'assurance obligatoire des soins

Massage du dos
Fr. 500.–/année civile (praticien non reconnu)
Fr. 4'000.–/année civile (praticien reconnu, inclus dans la limitation des Fr. 4'000.– ci-dessus)

Fr. 300.–/année civile
Fr. 250.–/année civile
Fr. 300.–/année civile

80%, max. Fr. 750.–/année civile

Fr. 25.– par jour, max. 30 jours/année civile

Fr. 50.– par jour, max. 30 jours/année civile

80%, max. Fr. 1'000.–/année civile

Fr. 1'000.–/année civile

Fr. 200.–/cas

Fr. 700.–/année civile

Fr. 3'000.–/année civile

80%, max. Fr. 3'000.–/année civile

Fr. 200.–/période de 3 ans

Fr. 500.–/année civile

Fr. 150.–/grossesse

Fr. 100.–/enfant

Fr. 250.– par cas de maternité

90%, max. Fr. 250.–/année civile

Fr. 50.–/année civile

80%, max. Fr. 500.–/année civile

80%, max. Fr. 8'000.–/cas

80%, max. Fr. 200.–/période de 3 ans

80%, max. Fr. 2'500.–/année civile

Fr. 800.–/année civile

Fr. 20'000.–

les prestations excédant l'assurance obligatoire des soins