

## Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires Premium

SDGA01-F1 – édition 01.08.2022

### Table des matières

<b>Art. 1</b>	But de l'assurance	<b>Art. 6</b>	Liste des fournisseurs de prestations
<b>Art. 2</b>	Risques couverts	<b>Art. 7</b>	Franchise
<b>Art. 3</b>	Conditions d'admission	<b>Art. 8</b>	Primes
<b>Art. 4</b>	Droit aux prestations et limitations	<b>Art. 9</b>	Rabais famille
<b>Art. 5</b>	Prestations assurées		

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 l'assurance Premium est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins (ci-après AOS) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMa).

### Art. 2 Risques couverts

Les prestations sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité.

### Art. 3 Conditions d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse peut demander son adhésion à l'assurance Premium pour une entrée en vigueur de la couverture au plus tard le jour de ses 70 ans.

### Art. 4 Droit aux prestations et limitations

1. 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.
2. Si un traitement médical ou une thérapie alternative ne sont plus justifiés médicalement et n'apportent plus d'amélioration thérapeutique, l'assureur informe l'assuré de la réduction ou de la fin du versement des prestations.
3. Dans la mesure prévue par les présentes conditions particulières 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.
4. Pour les prestations «cures de convalescence et cures thermales» et «aide à domicile et frais de placement», la personne assurée doit requérir une demande préalable de prise en charge de l'assureur.

5. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les franchises et les quotes-parts de l'AOS.
6. La couverture d'assurance s'étend cependant à la prise en charge des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement fourni hors de la Suisse en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE et AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale et pour autant que la loi du pays en question ne l'interdise pas.

## Art. 5 Prestations assurées

	Prise en charge	Description
<b>Médicaments limités et hors liste</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicaments non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et prescrits par un médecin, un prescripteur de soins reconnu au sens de la LAMal ou un thérapeute de médecine douce reconnu par l'assureur.</li> <li>L'assureur tient une liste des thérapeutes de médecine douce reconnus.</li> <li>Exclusions : Produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).</li> </ul>
<b>Frais de conseil pour les médicaments de la liste des spécialités délivrés par le pharmacien sans ordonnance</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais de conseils fournis par les pharmaciens reconnus par l'assureur, dans le cadre des médicaments des listes B+ ou B- (classification Swissmedic) remis sans ordonnance selon l'article 45 de l'OMéd (Ordonnance sur les médicaments).</li> <li>L'assureur tient une liste des pharmacies reconnues.</li> </ul>
<b>Médecines alternatives</b>	90%, max. CHF 5000.– par année civile dont max. CHF 1000.– pour les massages	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thérapies reconnues par l'assureur exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.</li> <li>L'assureur tient une liste des thérapies et des thérapeutes reconnus.</li> </ul>
<b>Cures de convalescence et cures thermales</b>	90%, max. 30 jours/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence en Suisse suite à une hospitalisation, dans les établissements reconnus par l'assureur.</li> <li>Frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements de cures balnéaires reconnus selon l'OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins).</li> <li>Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal.</li> <li>L'assureur tient une liste des établissements reconnus.</li> <li>Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande de prise en charge ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au préalable.</li> </ul>
<b>Lunettes médicales, lentilles de contact ou correction chirurgicale de la vue</b>	<p><b>Lunettes et lentilles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>enfants jusqu'à 18 ans, CHF 150.– chaque année</li> <li>adultes dès 19 ans, CHF 500.– par 3 ans</li> </ul> <p><b>Correction chirurgicale de la vue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>participation de 90%, max. CHF 800.–, pour toute la durée du contrat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de lentilles de contact qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.</li> <li>La participation prévue pour la correction chirurgicale de la vue est allouée en plus des coûts des lunettes médicales ou lentilles de contact.</li> </ul>
<b>Moyens auxiliaires</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<b>Mammographies</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.</li> </ul>
<b>Vaccins</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais pour les vaccins non couverts par l'AOS ainsi que ceux qui sont recommandés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en cas de départ à l'étranger, reconnus par Swissmedic.</li> </ul>
<b>Test préventif HIV</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les frais de tests préventifs HIV lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par des dispensateurs reconnus au sens de la LAMal.</li> </ul>
<b>Check-up</b>	90%, max. CHF 1800.–/3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les frais de check-up dispensés par un médecin.</li> <li>Le check-up comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>une consultation avec examen prolongé (taille, poids, tension, conseils et promotion de la santé),</li> <li>un électrocardiogramme au repos et à l'effort,</li> <li>un cliché radiologique du thorax,</li> <li>un statut urinaire,</li> <li>les analyses hématologiques et chimiques, de glucose et de cholestérol,</li> <li>un examen de la peau.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Frais de transport, recherche et sauvetage</b>	90% (transports) 90%, max. CHF 100 000.–/année civile (recherche et sauvetage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que ces transports soient médicalement nécessaires.</li> <li>Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère ou pour une action de recherche et de sauvetage.</li> <li>Les frais de transports (publics ou privés) nécessités par un traitement ambulatoire sont pris en charge jusqu'à concurrence des frais de transports publics lorsqu'ils sont justifiés par l'importance des effets secondaires du traitement ou permettent d'éviter une hospitalisation.</li> </ul>
<b>Psychothérapie</b>	90%, max. CHF 1000.–/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais consécutifs à des traitements non pris en charge par l'AOS qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants reconnus par l'assureur.</li> <li>L'assureur tient une liste des associations reconnues.</li> </ul>
<b>Garde d'enfants malades à domicile</b>	90%, max. CHF 300.–/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour les enfants jusqu'à l'âge de douze ans révolus, prise en charge des frais de garde par la Croix-Rouge ou une institution officielle poursuivant le même but lorsque les parents ont une activité professionnelle exercée hors du domicile.</li> </ul>

	<b>Prise en charge</b>	<b>Description</b>
<b>Aide à domicile et frais de placement</b>	90%, max. CHF 2500.–/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide à domicile exerçant cette activité à titre professionnel pour son propre compte ou celui d'une entreprise ou organisation et qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré, à la suite d'une hospitalisation consécutive à une maladie ou un accident (maternité exclue). Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.).</li> <li>– Frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré et dépendant de celui-ci pour des raisons d'âge ou de santé, lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une structure d'accueil officielle (unité d'accueil temporaire, crèche, garderie ou foyer de jour et/ou de nuit).</li> <li>– L'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur.</li> </ul>
<b>Repas à domicile suite à une hospitalisation</b>	CHF 20.–/jour, max. 30 jours/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise en charge des frais de repas à domicile fournis à titre professionnel par un établissement, entreprise ou institution et sur prescription médicale.</li> </ul>
<b>Contraception et stérilisation volontaire</b>	90%, max. CHF 500.–/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise en charge des frais pour les mesures de contraception qui requièrent l'intervention d'un médecin (implant contraceptif, stérilet, progestatifs retards) ou faisant l'objet d'une ordonnance médicale initiale (pilule contraceptive, anneau vaginal, patch).</li> <li>– Prise en charge des frais d'intervention en cas de stérilisation.</li> </ul>
<b>Traitements dentaires</b>	<p><b>Soins dentaires</b> 75%, max. CHF 500.–/année civile</p> <p><b>Orthopédie dento-faciale</b> pour les assurés jusqu'à 18 ans: 75%, max. CHF 3000.–/année civile</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise en charge des frais : <ul style="list-style-type: none"> <li>– de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé;</li> <li>– d'un contrôle dentaire prophylactique annuel;</li> <li>– de couronnes, ponts et prothèses;</li> <li>– de laboratoire.</li> </ul> </li> <li>– Pour les assurés jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, la couverture d'assurance s'étend aux soins d'orthopédie dento-faciale.</li> <li>– Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat.</li> <li>– 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.</li> <li>– Pour les autres traitements dentaires (y compris l'orthopédie dento-faciale), les prestations d'assurance sont accordées au plus tôt après 3 mois d'affiliation.</li> <li>– 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%.</li> </ul>
<b>Prévention et activité sportive</b>	<p>50%, max. CHF 500.–/année civile</p> <p>90%, max. 200.–/année civile</p>	<p>Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise en charge des frais pour les mesures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ecole du dos,</li> <li>– Fitness,</li> <li>– Séances d'entraînement dans un but de réadaptation placées sous la direction d'un maître de sport spécifiquement formé,</li> <li>– Conseils diététiques (CHF 50.– par séance, max. 3 conseils sur 3 ans),</li> <li>– Désintoxication du tabac ou de l'alcool.</li> </ul> </li> <li>– L'assureur tient une liste des établissements/fournisseurs de prestations reconnus.</li> </ul> <p>Activité sportive et abonnements sportifs annuels</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise en charge des frais pour des cotisations à un club sportif ou pour des abonnements annuels de piscine et de ski.</li> <li>– L'assureur tient une liste des disciplines sportives reconnues.</li> </ul>
<b>Groupe Mutuel Assistance</b>	Selon détail des conditions générales d'assurance Groupe Mutuel Assistance	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise en charge des prestations prévues par les conditions générales de l'assurance Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 kilomètres du domicile de l'assuré).</li> </ul>

## **Art. 6 Listes des fournisseurs de prestations**

1. Les listes des fournisseurs de prestations reconnus sont disponibles sur le site Internet de l'assureur ou remises sur demande de la personne assurée.
2. Les listes valables au moment du traitement ou de l'utilisation d'une prestation sont déterminantes.
3. Conformément à l'art. 23 des CGC, ces listes peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.

## **Art. 7 Franchise**

Les assurés ont la possibilité de choisir les variantes suivantes :

- a. Sans franchise annuelle;
- b. Franchise annuelle de CHF 200.–.

## **Art. 8 Primes**

1. Les primes sont uniformes hommes/femmes.
2. 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 15 ans;
  - de 16 à 18 ans;
  - de 19 à 25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 85<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.
3. Un changement de classe d'âge entraîne en principe une adaptation automatique de la prime.

## **Art. 9 Rabais famille**

1. Un rabais famille peut être accordé sur la prime des enfants jusqu'à 18 ans si au moins un de ses parents et lui-même sont affiliés à l'assurance Premium.
2. Le rabais famille est supprimé dès que les conditions d'octroi définies à l'al. 1 ne sont plus remplies.
3. En application de l'art. 26a, al. 2, let. d des CGC, l'assureur peut, en tout temps, modifier ou supprimer le rabais famille, avec effet au plus tard à la fin de l'année civile en cours.