

## Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global AMB

**GB**

GBGA01-F5 – édition 01.08.2003

### Table des matières

<b>Art. 1</b>	But de l'assurance	<b>Art. 6</b>	Droit aux prestations
<b>Art. 2</b>	Condition d'admission	<b>Art. 7</b>	Franchise
<b>Art. 3</b>	Prestations assurées (module de base)	<b>Art. 8</b>	Primes
<b>Art. 4</b>	Option «médecines alternatives»	<b>Art. 9</b>	Rabais de primes
<b>Art. 5</b>	Etendue des prestations	<b>Art. 10</b>	Devoirs de l'assuré

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 cette assurance est de fournir aux assurés d'AMB assurance maladie et accidents (ci-après AMB) des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

### Art. 2 Condition d'admission

Toute personne affiliée auprès d'AMB peut adhérer à l'assurance Global AMB, sans limite d'âge.

### Art. 3 Prestations assurées (module de base)

#### 1. Hospitalisation en Suisse

##### 1. Classe d'assurance

Libre choix, en division commune, d'un établissement hospitalier suisse reconnu, en soins généraux ou psychiatriques, pour les malades de type aigu.

##### 2. Généralités

En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers.

##### 3. Etendue et durée des prestations

Les prestations de l'assurance d'hospitalisation 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 ou la réglementation tarifaire cantonale ou toute autre convention passée avec l'assureur.
- Si un assuré est hospitalisé dans un établissement avec lequel l'assureur n'a pas conclu d'accord tarifaire dans le domaine des frais hôteliers et des frais de traitement (honoraires médicaux y compris), il lui sera alloué, dans la limite de la division commune, un montant de Fr. 200.– par jour.

c. 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. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.

d. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.

e. Après 180 jours d'hospitalisation compris dans une période de 900 jours consécutifs, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées.

#### 4. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier

En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge la participation prévue pour les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement. Cette garantie inclut également les frais de soins du nourrisson en bonne santé en cas de nouvelle hospitalisation de la mère dans un délai de dix semaines après la naissance.

#### 2. Soins complémentaires

##### 1. Traitement ambulatoire

Libre choix du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal, pour autant que le fournisseur de soins soit reconnu par l'assureur.

Le pourcentage prévu 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.

##### 2. Médicaments limités

Le pourcentage prévu des frais de médicaments qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception, toutefois, des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

### 3. Médicaments hors-liste

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 produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

### 4. Cures thermales en Suisse

Le montant prévu des frais de traitement et de pension en cas de cure thermale en Suisse dans les établissements de cures balnéaires reconnus par l'assureur. Les prestations sont octroyées si elles sont médicalement nécessaires et prescrites par un médecin. 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.

### 5. Cures de convalescence suite à une hospitalisation

Le montant prévu des 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 doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

### 6. Aide à domicile

Sur demande préalable de l'assuré, la contribution prévue des 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.).

### 7. Lunettes et verres de contact

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. Le droit à l'indemnité existe une fois par année civile jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, puis tous les trois ans dès la 19<sup>e</sup> année.

### 8. Moyens auxiliaires

Le pourcentage des 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.

### 9. Stérilisation volontaire

Le pourcentage prévu des frais d'intervention, au plus durant trois jours.

### 10. Correction des oreilles (chirurgie esthétique)

Pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, le pourcentage prévu des frais d'intervention pour la correction des oreilles décollées résultant d'une infirmité à la naissance. Cette prestation est remboursée à condition d'être médicalement recommandée pour éviter ou remédier à des troubles psychologiques de l'assuré.

### 11. Traitement dentaire

Pour les assurés jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, le pourcentage prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste ou un technicien dentaire 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 (nomenclature et valeur du point).

### 12. Soins d'orthopédie dento-faciale

Pour les assurés jusqu'à l'âge 20 ans révolus, le pourcentage prévu des frais d'orthopédie dento-faciale (y compris les frais de laboratoire) prodigués par un dispensateur de soins reconnu au sens de la LAMal.

### 13. Psychothérapeutes non médecins et psychologues indépendants

La contribution prévue pour 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.

### 14. Frais de transport

Les frais de transport 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 ou hélicoptère.

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

### 15. Opérations de recherche et de sauvetage

Une contribution aux frais de recherche et de sauvetage non planifiés servant à sauver la vie de l'assuré en situation de détresse prouvable ou à éviter que son état ne s'aggrave rapidement et de façon importante.

## 3. Prévention

### 1. Consultation pour deuxième avis médical

Le pourcentage prévu des frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation, dispensé par un médecin reconnu par l'assureur. La mention «second opinion» ou «deuxième avis médical» doit figurer sur la note d'honoraires.

### 2. Vaccins

Le pourcentage prévu des frais pour les vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et qui sont nécessaires en Suisse, ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.

### 3. Tests préventifs (Elisa ou HIV)

La contribution prévue des frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par des dispensateurs de soins reconnus.

### 4. Check-up

Le pourcentage prévu des frais de check-up dispensé par un médecin reconnu par l'assureur, mais au maximum un check-up tous les trois ans.

### 5. Contrôle dentaire annuel

Le montant prévu des frais pour un contrôle préventif annuel pratiqué par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral et qui n'est pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### **6. Conseils diététiques**

Le montant prévu des frais pour des conseils de diététique prodigués par des dispensateurs reconnus par l'assureur, mais au maximum trois conseils sur une période de trois ans.

#### **7. Examens gynécologiques préventifs**

Le pourcentage prévu des frais d'examens gynécologiques préventifs non remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

#### **8. Echographies et mammographies**

Le pourcentage prévu des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins ou par des programmes cantonaux de prévention.

#### **9. Indemnité unique d'allaitement**

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.

#### **10. Promotion Santé**

Pour les mesures destinées à promouvoir la santé dans les domaines de l'école du dos, des prestations pour désintoxication au tabac ou à l'alcool sous forme de cure dans un établissement agréé, le pourcentage des frais facturés par des fournisseurs reconnus par l'assureur, mais au maximum le montant mentionné dans l'annexe aux présentes conditions particulières. 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. 500.–.

#### **4. Traitements d'urgence à l'étranger**

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger, les frais de traitement ambulatoire et hospitalier reconnus au sens de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) et en complément à l'assurance obligatoire des soins, mais au maximum Fr. 100'000.– par année civile. Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

#### **5. Groupe Mutuel Assistance**

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (catégorie ASS) (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. 4 Option «médecines alternatives»**

En plus des prestations mentionnées à l'article 3 des présentes conditions particulières, l'assuré peut, moyennant un supplément de prime, étendre sa couverture d'assurance en incluant la prestation suivante:

une contribution aux coûts des 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 (y compris une participation aux coûts des médicaments de médecines douces prescrits par ces fournisseurs de soins et reconnus par Swissmedic en vertu de la Loi sur les produits thérapeutiques, LPTTh).

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapie naturelle. 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.

#### **Liste des thérapies «médecines alternatives»:**

##### **Naturopathie**

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, biorésonance, biothérapie, chromothérapie, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morathérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

##### **Techniques du toucher**

acupressure, drainage lymphatique, étiopathie, eurhythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training auto-gène.

##### **Psychothérapie**

biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatisme (méthode). Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.

### **Art. 5 Etendue des prestations**

Les prestations mentionnées aux articles 3 et 4 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans l'annexe au règlement GB qui fait partie intégrante des présentes conditions particulières.

### **Art. 6 Droit aux prestations**

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Les prestations mentionnées à l'article 4 des présentes conditions particulières (option «médecines alternatives») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.
3. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement sur les montants assurés par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
4. 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.

### **Art. 7 Franchise**

Une franchise de Fr. 230.– est applicable pour les prestations décrites à l'article 4 (médecines alternatives) dès le 1<sup>er</sup> janvier suivant l'année durant laquelle l'assuré a atteint l'âge de 18 ans révolus.

## **Art. 8 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<sup>e</sup> année et jusqu'à la 71<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

## **Art. 9 Rabais de primes**

1. Chaque assuré bénéficie d'un rabais de 25% sur la prime du module de base si, pendant la période de référence, les prestations versées conformément à l'article 3 sont inférieures à Fr. 150.–.
2. Pour les assurés bénéficiant de la garantie optionnelle «médecines alternatives», le complément de prime concernant les prestations décrites à l'article 4 est réduit de 50% pour autant que les prestations payées (après déduction de la franchise éventuelle) au titre de cette garantie spécifique pendant la période de référence soient inférieures à Fr. 150.–.
3. Est considérée comme période de référence, la période allant du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin. La date de paiement de la prestation par l'assureur est déterminante pour l'attribution à la période de référence.
4. Le rabais figure sur la police d'assurance ou sur l'aperçu des primes. Le droit au rabais est réexaminé chaque année.
5. Si, durant la période de référence, des prestations pour Fr. 150.– ou plus ont été versées par l'assureur, l'assuré perd son droit éventuel au rabais (cf. alinéas 1 et 2 ci-dessus) dès le début de la nouvelle année d'assurance. Il n'est toutefois pas tenu compte des prestations de maternité pour la détermination du droit au rabais.
6. La perte du droit au rabais pour absence de prestations ne représente pas un motif de résiliation.

## **Art. 10 Devoirs de l'assuré**

Sous réserve des cas d'urgence prévus à l'article 3 alinéa 4 des présentes conditions particulières:

- L'assuré est tenu de se renseigner, avant chaque hospitalisation, si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus 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.

## Annexe

<b>Types de prestations</b>	<b>Global AMB</b>
Hospitalisation en Suisse	Division commune dans toute la Suisse
Frais d'accompagnement hospitalier	Fr. 600.– par année civile
Traitement ambulatoire (libre choix du médecin en Suisse)	90% des suppléments de tarif, illimité
Médicaments limités	90%, prescriptions illimitées
Médicaments hors-liste	90%, prescriptions illimitées
Cures thermales en Suisse	Fr. 80.– par jour, max. Fr. 800.– par année civile
Cures de convalescence suite à une hospitalisation	Fr. 50.– par jour, max. 30 jours par année civile
Aide à domicile	Max. Fr. 80.– par jour, max. Fr. 800.– par année civile
Lunettes et verres de contact	Fr. 200.– par période de 3 ans (par année civile pour les enfants jusqu'à 18 ans)
Moyens auxiliaires	90%, max. Fr. 1'000.– par année civile
Stérilisation volontaire	90%, au plus durant 3 jours
Correction des oreilles	90%
Traitement dentaire	50%, max. Fr. 1'000.– par année civile
Soins d'orthopédie dento-faciale	50%, max. Fr. 12'000.– par assuré
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants	Fr. 40.– par séance, max. Fr. 800.– par année civile
Frais de transports	max. Fr. 5'000.– par année civile
Opérations de recherche et de sauvetage	max. Fr. 50'000.– par année civile
Deuxième avis médical	90%, illimité
Vaccins	90%, max. Fr. 150.– par année civile
Tests préventifs	Fr. 50.– par année civile
Check-up	90%, illimité
Contrôle dentaire annuel	Fr. 75.– par année civile
Conseils diététiques	Fr. 50.– max. par séance (max. 3 conseils par période de 3 ans)
Examens gynécologiques préventifs	90%, nombre d'examen illimité
Echographies et mammographies	90%, nombre d'examen illimité
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.– par enfant
Promotion Santé: école du dos, prestations pour désintoxication du tabac et de l'alcool	50%, max. Fr. 500.– par année civile
Traitements d'urgence à l'étranger	max. Fr. 100'000.– par année civile
Groupe Mutuel Assistance	en cas d'urgence en Suisse et à l'étranger
<b>Si la police d'assurance le prévoit expressément:</b>	
Jusqu'à Fr. 10'000.– par année civile, franchise Fr. 230.–/an dès 19 ans:	
Médecines alternatives	Fr. 75.– max. par séance
Médicaments de médecine alternative	90%