groupemutuel

Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global privée

GP

GPAM01-F7 – édition 01.09.2010 (avec avenant au 01.01.2024)

Table des matières

Art. 1	Conditions d'admission	**Art. 4**	Droit aux prestations
Art. 2	Prestations assurées	**Art. 5**	Avantages «LeClub»
Art. 3	Etendue des prestations	**Art. 6**	Prime

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

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire Global privée, jusqu'à l'âge de 55 ans révolus.
2. Les assurés de 0 à 18 ans, soit jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 18e anniversaire, bénéficient des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 2 sous la dénomination Global Junior.
3. Dès le 1er janvier de l'année qui suit son 55e anniversaire. l'assuré bénéficie des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 3, sous la dénomination Global Senior.
4. Si une personne est déjà affiliée auprès d'un autre assureur pour une couverture comparable à celle de l'assurance Global privée et que, momentanément, elle ne peut résilier auprès de cet autre assureur, elle a la possibilité d'adhérer à l'assurance Global privée et de bénéficier ainsi exclusivement des prestations décrites à l'art. 2, ch. 4, sous la dénomination Global Temporis.

Art. 2 Prestations assurées

1. Généralités

Les prestations suivantes sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins:

1. Hospitalisation

1. Classe d'assurance
   Division privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu (chambre à un lit) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.
2. Franchises en cas d'hospitalisation
   L'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers.
   a. sans franchise;
   b. Fr. 1'000.– par année civile;
   c. Fr. 2'000.– par année civile;
   d. Fr. 3'000.– par année civile;
   e. Fr. 5'000.– par année civile.

   La franchise choisie s'applique uniquement aux prestations liées à l'hospitalisation.
3. Prestations
   a. Généralités
      En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers.
   b. Hospitalisation à l'étranger
      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. 1'500.– par jour.
      L'assuré au bénéfice de l'option privée monde est couvert à raison de Fr. 3'000.– par jour au maximum, pour une durée maximale de 60 jours par année civile.
      Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.
4. Maternité
   a. Les prestations de l'assurance d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après 12 mois d'assurance. La durée accomplie dans Global Temporis n'est pas comptée comme durée d'assurance.
   b. En cas d'interruption de la grossesse et pour toute autre prestation en relation avec la maternité, le stage prévu à la lettre a est applicable.
   c. Lors d'un accouchement impliquant un séjour hospitalier inférieur à 5 jours en division privée, l'assureur accorde une allocation de Fr. 250.– par journée d'hospitalisation évitée. Les séjours hospitaliers faisant l'objet d'une facturation forfaitaire globale ne donnent pas droit à cette allocation. La lettre a. demeure réservée.

d. En cas d'accouchement à domicile, l'assurée touche une allocation de Fr. 1'200.–, sous réserve de la lettre a.
e. Lorsqu'une assurée séjourne dans la division d'un établissement hospitalier correspondant à sa couverture d'assurance, l'assureur prend en charge également les frais de séjour pour le nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère pour autant que ce dernier soit également assuré auprès de l'assureur. Les frais personnels ne sont pas couverts. La lettre a. demeure réservée.

5. Etendue et durée des prestations
Les prestations de l'assurance d'hospitalisation sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:
a. L'assureur prend en charge les frais de traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins, selon la convention ou la réglementation tarifaire cantonale.
b. L'assureur se réserve de limiter le droit aux prestations lorsque les tarifs pratiqués, soit dans le domaine des frais hôteliers, soit dans le domaine des frais médicaux, sont exagérés.
c. Lorsque aucun accord n'a été conclu dans le secteur des honoraires médicaux, est reconnu comme tarif celui établi selon le catalogue des prestations hospitalières appliqué à l'assurance obligatoire des soins, majoré de 100% au maximum pour la division privée.
d. 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 caisses-maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas. Cette règle vaut également pour les cliniques pour lesquelles aucun forfait par cas n'a été convenu.
e. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.
f. Après 60 jours d'hospitalisation, au cours d'une année civile, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance d'hospitaisation ne sont plus versées.
g. Après 90 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées. La durée des prestations servies dans un établissement pour soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 90 jours précités.

6. Devoir de l'assuré
Avant chaque 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.

7. Mesures d'économies
– Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division privée, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum Fr. 1'500.– par hospitalisation.
– En cas d'accouchement à domicile, seule la règle de l'article 2.1.1. ch. 4. litt. d. est applicable.

2. Soins complémentaires
L'assureur alloue les prestations suivantes, dans les limites de l'art. 3. (cf tableau):

1. 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 médicaments de la Liste des produits pharmaceutiques à la charge de l'assuré (LPPA).

2. 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 médicaments de la LPPA.

3. Médecine douce
L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou praticien en thérapeutique naturelle reconnu par l'assureur et membre des sociétés suivantes:
– Association des praticiens en thérapeutique 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);
– Sous réserve d'acceptation d'autres associations.

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapeutique naturelle agréés par les sociétés ci-dessus.
L'assureur tient à disposition des assurés les noms des praticiens dont les prestations sont remboursées.
Naturopathie:
acupuncture, électroacupuncture, aromathérapie, biothérapie, chromothérapie, homéopathie, iridologie, laserthérapie, magnétothérapie, morathérapie, oxygénothérapie, sympathicothérapie, ventouses, herboristerie, phytothérapie, auriculothérapie, magnétisme, irrigation colonique.
Techniques du toucher:
drainage lymphatique, étiopathie, intégration posturale, kinésiologie, massages, orthobionomie, 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. Cures en Suisse
   Une contribution aux frais de traitement en cas de cure de bains ainsi qu'une contribution aux frais de cure de convalescence est octroyée dans les 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.
5. Cures balnéaires à l'étranger
   Contribution aux frais de traitement 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.
6. Suppléments de tarifs
   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.
7. Indemnité pour frais privés en cas d'hospitalisation
   Sur présentation d'une facture justificative, une indemnité unique est attribuée par hospitalisation de plus de huit jours.
8. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier
   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.
9. Aide à domicile et frais de placement
   Sur demande préalable de l'assuré sont remboursés:
   - le pourcentage 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.);
   - 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.
10. Orthoptique
    Le pourcentage prévu des frais de traitement conformément au tarif de l'AI.
11. 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.
12. Appareils et prothèses orthopédiques
    Les frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement sont pris en charge selon la liste établie par l'assureur pour le remboursement des frais.
13. Cours de préparation à l'accouchement
    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.
14. 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.
15. Echographies et mammographies
    Le montant prévu des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.
16. Vaccins
    Les frais pour les 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.
17. Test Elisa ou VIH
    L'assureur alloue une contribution annuelle aux frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par les dispensateurs de soins reconnus.
18. Stérilisation volontaire
    Le pourcentage prévu des frais d'intervention, conformément aux tarifs qui seraient applicables dans l'assurance obligatoire des soins.
19. Traitements dentaires en cas d'accident
    Le montant 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
20. Soins dentaires en cas de maladie
    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.
21. Frais de transport
    L'assureur alloue une contribution aux 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, 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.

22. Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants
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.

3. Groupe Mutuel Assistance
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).

2. Global junior
Prestations supplémentaires:

a. Garde d'enfants malades à domicile
Prestations allouées si la garde est effectuée par une personne qui provient d'un organisme agréé par l'assureur.

b. Cotisation activité sportive ou nature
Sur présentation d'une facture justificative, prise en charge d'une participation à la cotisation de membre actif d'un club sportif ou d'une association reconnus par l'assureur.

3. Global senior
Prestations supplémentaires:

a. Soins palliatifs
L'assureur alloue une contribution dans le cadre des soins palliatifs, à savoir l'ensemble des techniques médicales et infirmières destinées aux personnes en fin de vie et dispensées à domicile par du personnel dûment qualifié travaillant sous l'autorité d'une institution reconnue par l'assureur. Une demande préalable doit être présentée à l'assureur qui déterminera pour chaque cas l'étendue de la contribution allouée.

b. Séjour de mise en forme
L'assureur alloue une contribution annuelle pour un séjour de mise en forme auprès d'établissements reconnus par l'assureur offrant un programme précis dans ce domaine.

c. Conseils et cours de diététique
L'assureur alloue une contribution annuelle pour des conseils et cours de diététique reconnus par l'assureur.

4. Global temporis

a. Global Temporis octroie, temporairement, des prestations Global mi-privée aux personnes assurées pour une couverture comparable auprès d'un autre assureur.
b. Les prestations Global Temporis concernent les soins complémentaires décrits sous les ch. 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.3; elles ne concernent pas les prestations énoncées sous ch. 2.1.1 (hospitalisation).
c. Pour les soins complémentaires pris en charge, les prestations de Global Temporis correspondent au 30% de celles offertes par Global privée.
d. Le paiement des prestations de Global Temporis intervient en complément des prestations offertes par l'autre assureur.
e. Simultanément à l'adhésion à Global Temporis, l'assureur accepte, pour la date fixée sur la déclaration d'adhésion, l'entrée future de l'assuré, sans nouvel examen de l'état de santé, dans l'assurance Global privée. Celle-ci doit se faire dans un délai de 2 ans au maximum.
f. La participation de l'assureur aux franchises et quotes-parts d'autres assureurs est exclue.
g. Pour la durée de Global Temporis, la prime est réduite par rapport à celle de Global privée.
h. Lors du passage de la couverture Global Temporis à celle de Global privée, et de l'adaptation de la prime qui en résulte, la disposition de l'art. 29 des CGC pour les assurances-maladie complémentaires donnant un droit de résiliation à l'assuré, n'est pas applicable.
i. Les prestations payées dans le cadre de Global Temporis et dont les limites sont liées à une période déterminée, comptent également pour le calcul du droit aux prestations après le passage à la couverture Global privée.

Art. 3 Etendue des prestations

Les prestations mentionnées dans l'art. 2 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans le tableau des prestations Global privée.

Art. 4 Droit aux prestations

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. 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.
3. 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. 5 Avantages «LeClub»

Par son adhésion à l'assurance Global mi-privée, l'assuré bénéficie des avantages «LeClub», qui sont notamment:

1. Rabais dans les hôtels
Des rabais sont accordés dans les hôtels figurant sur une liste tenue par l'assureur.
2. Rabais cartes de crédit
Les assurés peuvent obtenir ou renouveler leur carte de crédit avec les rabais convenus, figurant sur une liste tenue par l'assureur.
3. Rabais drogueries et pharmacies ou autres commerces
Des rabais sont accordés dans les drogueries et pharmacies ou autres commerces figurant sur une liste tenue par l'assureur.

Art. 6 Prime

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.

- de 0 à 18 ans
- de 19 à 25 ans
- dès la 26e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans

Types de prestations	Global privée
Médicaments limités	90% max. Fr. 1’000.–/année civile
Médicaments hors-liste	90% max. Fr. 1’000.–/année civile
Médecines douces	80% max. Fr. 3’000.–/année civile
Cure balnéaires en Suisse	80% max. Fr. 500.– pour 30 jours/année civile
Cures de convalescence	Fr. 25.– par jour, max. 30 jours/année civile
Cures de convalescence suite à l’hospitalisation	Fr. 50.– par jour, max. 30 jours/année civile
Cures balnéaires à l’étranger	50% max. Fr. 500.–/année civile
Suppléments de tarifs	Fr. 800.– par année civile
Indemnité frais privés en cas d’hospitalisation	Fr. 200.–/cas
Frais d’accompagnement hospitalier	Fr. 600.–/année civile
Aide à domicile et frais de placement	90% max. Fr. 2’500.–/année civile
Orthoptique	80% max. Fr. 3’000.–/année civile
Lunettes et verres de contact	Fr. 150.–/3 ans
Appareils et prothèses orthopédiques	Fr. 400.–/année civile
Cours de préparation à l’accouchement	Fr. 150.–/grossesse
Indemnité unique d’allaitement	Fr. 100.–/enfant
Echographies et mammographies	Fr. 200.–/année civile
Vaccins	90% max. Fr. 200.–/année civile
Test Elisa ou VIH	Fr. 50.–/année civile
Stérilisation volontaire	80% max. Fr. 400.–
Traitements dentaires en cas d’accident	80% max. Fr. 6’000.–/cas
Soins dentaires en cas de maladie	80% max. Fr. 150.–/3 ans
Frais de transports	80% max. Fr. 2’000.–/année civile
Psychotérapeutes non-médecins et psychologues indépendants	80% max. Fr. 700.–/année civile
Hospitalisation en Suisse	Division privée dans toute la Suisse
Hospitatlisation à l’étranger	Fr. 1’500.– par jour Fr. 3’000.– par jour (option privée monde)
Groupe Mutuel Assistance	Assistance, encadrement et rapatriement en cas d’urgence médicale en voyage et à l’étranger
Avantages «LeClub» **Global junior (de 0 à 18 ans)**	Rabais dans certains hôtels et commerces
Garde d’enfants à domicile	Fr. 300.–/année civile
Cotisation activité sportive ou nature **Global senior (dès 56 ans)**	Fr. 30.–/année civile
Soins palliatifs	90% max. Fr. 3’000.–/année civile
Séjours de mise en forme	Fr. 300.–/année civile
Conseils et cours de diététique	50% max. Fr. 250.–/année civile

Groupe Mutuel Assurances GMA SA (GMA SA)

Avenant aux conditions particulières - version au 01.01.2024 Global privée - GPAM01

Les dispositions de l'avenant s'appliquent dès le 1er janvier 2024 pour les personnes au bénéfice de l'assurance complémentaire Global Privée – GPAM01.

Etendue et durée des prestations
Remplace l'art. 2.1.1.5 let. a, b et c.

a. L'assureur prend en charge les coûts des établissements ou médecins reconnus, c'est-à-dire ceux avec lesquels l'assureur a passé une convention tarifaire.
b. Si un assuré bénéficie de prestations d'un établissement ou médecin non reconnu, il lui sera alloué pour l'intervention de ce(s) dernier(s), selon le type de soins (aigus, réadaptation ou psychiatrie) les prestations d'hospitalisation stationnaire effectivement facturées mais au maximum les montants suivant par nuit d'hospitalisation :

	Montants par nuit d'hospitalisation	
	Soins aigus	**Réadaptation et Psychiatrie**
	Privée	**Privée**
Médecin non reconnu : Remboursement des frais médicaux	Fr. 500.–	Fr. 0.–
Hôpital non reconnu : Remboursement des frais hospitaliers	Fr. 500.–	Fr. 150.–
Hôpital et Médecin non reconnus : Remboursement total - Frais médicaux - Frais hospitaliers	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–	Fr. 150.– - Fr. 0.– - Fr. 150.–

La liste des fournisseurs de prestations et des montants maximums est disponible sur le site internet de l'assureur ou remise sur demande. La liste valable au moment du traitement est déterminante.
La liste des fournisseurs de prestations peut être modifiée en tout temps par l'assureur. Une telle modification de la liste n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

Mesures d'économie
Remplace l'art. 2.1.1.7 premier tiret
Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division privée pour la division commune, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum CHF 5'000.– par hospitalisation.