

Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global classic

GI

GIGA02-F7 – édition 01.11.2008

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 6	Etendue des prestations
Art. 2	Condition d'admission	Art. 7	Droit aux prestations
Art. 3	Risques couverts	Art. 8	Primes
Art. 4	Prestations assurées – module de base	Art. 9	Bonus familial – module de base
Art. 5	Prestations assurées – option «plus»	Art. 10	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 des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

Art. 2 Conditions d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance, sans limite d'âge.

Art. 3 Risques couverts

Les prestations de l'assurance Global classic sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité.

Art. 4 Prestations assurées – module de base

1. Hospitalisation en Suisse

1. Classe d'assurance

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 l'établissement, en division commune, en Suisse.

2. Etablissements hospitaliers

Pour bénéficier des prestations mentionnées au point 1.1, 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.

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. Transplantations d'organe

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.

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

L'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.

2. Prestations complémentaires

1. Médicaments limités et hors liste

Prise en charge de 90% des frais pour des médicaments limités et hors liste (ne figurant sur aucune liste officielle) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins AOS, à l'exception des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA – liste disponible à l'adresse Internet www.lppa.ch).

2. Cures thermales en Suisse

Prise en charge de Fr. 80.– par jour, maximum Fr. 800.– par an, des frais de traitement et de pension en cas de cure thermique dans les établissements reconnus par l'assureur, selon la liste des établissements de cures balnéaires reconnus selon l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins (OPAS).

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.

3. Cures de convalescence suite à une hospitalisation

Prise en charge de Fr. 50.– par jour des frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence dans les établissements reconnus par l'assureur et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation.

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.

L'indemnité est limitée à 30 jours par année civile.

4. 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.

L'indemnité est limitée à Fr. 600.– par année civile. 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 10 semaines après la naissance.

5. Aide à domicile et frais de placement

Prise en charge de Fr. 80.– par jour 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.)

Prise en charge de Fr. 80.– par jour des 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.

L'indemnité cumulée pour les deux prestations citées ci-dessus est limitée à Fr. 800.– par année civile.

6. Lunettes et verres de contact

Prise en charge des frais d'achat, en Suisse ou à l'étranger, de lunettes médicales ou de verres de contact non remboursés par l'AOS. L'indemnité est limitée à Fr. 150.–.

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^e année.

7. Moyens auxiliaires

Prise en charge de 90% des frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement

et nécessaire pour accomplir les actes ordinaires de la vie, selon la liste établie par l'assureur.

L'indemnité est limitée à Fr. 1'000.– par année civile.

8. Stérilisation volontaire

Prise en charge de 90% des frais d'intervention effectuée auprès de dispensateurs de soins reconnus.

9. Correction des oreilles (chirurgie esthétique)

Prise en charge de 90% des frais pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus 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.

10. Psychothérapeutes non médecins et psychologues indépendants

Prise en charge de Fr. 40.– par séance des frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants.

L'indemnité est limitée à Fr. 800.– par année civile.

11. 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.

L'indemnité est limitée à Fr. 5'000.– par année civile.

12. 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.

L'indemnité est limitée à Fr. 50'000.– par année civile.

13. Vaccins

Prise en charge de 90% des frais de 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.

L'indemnité est limitée à Fr. 150.– par année civile.

14. Tests préventifs (Elisa ou HIV)

Prise en charge jusqu'à Fr. 50.– par année civile des tests prescrits et prodigués par des dispensateurs de soins reconnus.

15. Check-up

Prise en charge de 90% des frais de check-up dispensés par un médecin reconnu par l'assureur, mais au maximum un check-up tous les trois ans.

16. Examens gynécologiques préventifs

Prise en charge de 90% des frais d'examens gynécologiques préventifs non remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

17. Echographies et mammographies

Prise en charge de 90% des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assu-

rance obligatoire des soins ou par des programmes cantonaux de prévention.

18. Indemnité unique d'allaitement

Une indemnité d'allaitement de Fr. 100.– 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.

19. 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. 5 Prestations assurées – option «plus»

En plus des prestations mentionnées à l'article 4 des présentes conditions particulières, l'assuré peut demander la conclusion de l'option «plus» et bénéficier des prestations suivantes, moyennant un supplément de prime:

1. Médecines alternatives

Une contribution de 80% aux frais des thérapies ci-après est octroyée, 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, symptomathicothérapie, 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.

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.

L'indemnité est limitée à Fr. 10'000.– par année civile.

Une franchise annuelle de Fr. 300.– est applicable pour les prestations mentionnées ci-avant (pt. 5.1) dès le 1^{er} janvier suivant l'année durant laquelle l'assuré a atteint l'âge de 18 ans révolus.

2. Promotion de la santé

Prise en charge de 50% des frais liés à des mesures destinées à promouvoir la santé dans les domaines suivants:

- fitness;
- école du dos;
- cures pour désintoxication au tabac ou à l'alcool.

Ces mesures doivent être prodiguées par des fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur.

La participation concernant les abonnements de fitness s'élève au max. à Fr. 200.–. 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.–.

3. Conseils diététiques

Prise en charge de Fr. 50.– par séance pour des conseils de diététique prodigués par des dispensateurs reconnus par l'assureur, mais au maximum trois conseils sur une période de trois ans.

4. Consultation pour un 2^e avis médical

Prise en charge de 90% 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.

Art. 6 Etendue des prestations

Les prestations mentionnées aux articles 4 et 5 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans l'annexe au règlement qui fait partie intégrante des présentes conditions particulières.

Art. 7 Droit aux prestations

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Pour les prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, le droit aux prestations prend effet après 12 mois d'assurance.
3. Les prestations mentionnées à l'article 5 des présentes conditions particulières (prestations assurées option «plus») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.
4. 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 (prestations avec limite de durée ou de montants) ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
5. 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. 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^e année et jusqu'à la 71^e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

Art. 9 Bonus familial – module de base

Un bonus familial est accordé sur la prime des enfants jusqu'à 18 ans (module de base) si au moins un de ses parents et lui-même sont affiliés pour:

- l'assurance complémentaire Global classic et
- l'assurance obligatoire des soins

auprès d'un assureur maladie affilié au Groupe Mutuel ou administré par lui. Le montant du bonus familial figure sur la police d'assurance.

Art. 10 Devoirs de l'assuré

- 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

Prestations assurées – module de base	
Hospitalisation en Suisse	Division commune dans toute la Suisse
Médicaments limités et hors-liste	90%, prescriptions illimitées
Cures thermales en Suisse	Max. Fr. 80.– par jour, max. Fr. 800.– par année civile
Cures de convalescence suite à une hospitalisation	Max. Fr. 50.– par jour, max. 30 jours par année
Frais d'accompagnement en milieu hospitalier	Max. Fr. 600.– par année civile
Aide à domicile et frais de placement	Max. Fr. 80.– par jour, max. Fr. 800.– par an
Lunettes et verres de contact	Fr. 150.– 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%, illimité
Correction des oreilles	90%, illimité
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants	Fr. 40.– par séance, max. Fr. 800.– par an
Frais de transports	Max. Fr. 5'000.– par année civile
Opérations de recherche et de sauvetage	Max. Fr. 50'000.– par année civile
Vaccins	90%, max. Fr. 150.– par année civile
Tests préventifs	Fr. 50.– par année civile
Check-up	90%, tous les 3 ans
Examens gynécologiques préventifs	90%, nombre d'examens illimités
Echographies et mammographies	90%, nombre d'examens illimités
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.– par enfant
Assistance en cas d'urgence en Suisse et à l'étranger	Groupe Mutuel Assistance
Prestations assurées – option «plus»	
Médecines alternatives*	80%, max. Fr. 10'000.– par année civile
Promotion Santé: fitness, école du dos, prestations pour désintoxication du tabac et de l'alcool	50%, max. Fr. 500.– par année civile (fitness 50%, max. Fr. 200.– par année civile)
Conseils diététiques	Fr. 50.– max. par séance (max. 3 conseils par période de 3 ans)
Deuxième avis médical	90%, illimité

* soumis à une franchise annuelle de Fr. 300.– dès 19 ans