

Conditions particulières d'assurance (CPA) Assurance Diversa

DV

DVGA01-F5 – édition 01.10.2003

Table des matières

A. Définition et objet

- Art. 1** Assurance complémentaire
Art. 2 Objet
Art. 3 Maladie et accident

B. Prestations en Suisse

- Art. 4** Médicaments non obligatoires
Art. 5 Cures balnéaires
Art. 6 Cures de convalescence
Art. 7 Obligation de déclarer
Art. 8 Aide familiale
Art. 9 Transports en cas de maladie ou d'accident en Suisse
Art. 10 Traitements dentaires
Art. 11 Indemnité en cas de décès

- Art. 12** Lunettes, verres de contact
Art. 13 Psychothérapie non médicale
Art. 14 Vaccinations
Art. 15 Moyens auxiliaires
Art. 16 Traitements non obligatoires
Art. 17 Médecins de récusation

C. Prestations à l'étranger

- Art. 18** Validité territoriale et de durée
Art. 19 Centrale d'alarme
Art. 20 Frais de guérison
Art. 21 Secours d'urgence
Art. 22 Durée des prestations
Art. 23 Obligation de déclarer
Art. 24 Restrictions en matière de prestations

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC PA), édition au 1^{er} octobre 2003 du Groupe Mutuel Assurances GMA SA selon la LCA.

A. Définition et objet

Art. 1 Assurance complémentaire

1. L'assurance Diversa est considérée comme assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins. Pour toutes les questions qui ne sont pas expressément réglées dans ces conditions particulières d'assurance, les dispositions légales et les conditions générales des assurances complémentaires de soins (CGC PA) s'appliquent.
2. Pour l'assuré qui a conclu une forme particulière d'assurance obligatoire des soins selon l'art. 62 LAMal (p. ex. HMO, modèle du médecin de famille), s'appliquent en outre les conditions complémentaires d'assurance correspondantes.

Art. 2 Objet

1. L'assurance Diversa accorde des prestations multiples allant au-delà de l'assurance obligatoire des soins.
2. L'assurance Diversa peut être conclue dans les variantes Diversa ou Diversa plus.

Art. 3 Maladie et accident

Les prestations de l'assurance Diversa sont allouées en cas de maladie et d'accident.

B. Prestations en Suisse

Art. 4 Médicaments non obligatoires

Les médicaments non obligatoirement à la charge des assureurs-maladie, qui sont ordonnés par un médecin et enregistrés en Suisse auprès de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic), sont pris en charge par

Diversa: 50%
Diversa plus: 75%.

Sont exceptées de l'obligation à prestations les préparations contenues dans la Liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA) et celles utilisées dans le cadre d'études scientifiques.

Art. 5 Cures balnéaires

1. Pour les cures balnéaires stationnaires, effectuées sur prescription médicale dans une station thermale suisse dirigée par un médecin et correspondant à l'art. 40 LAMal, les prestations suivantes seront versées en sus des frais couverts par l'assurance obligatoire des soins durant 21 jours au maximum par année civile:
Diversa: Fr. 30.– par jour
Diversa plus: Fr. 50.– par jour.

Ces montants seront également accordés lorsque la cure balnéaire stationnaire, qui aura été prescrite par un médecin, aura lieu dans une station thermale européenne dirigée par un médecin, disposant du personnel professionnel requis et proposant une thérapie appropriée pour le traitement des patients de cures balnéaires.

2. Ces prestations ne sont accordées que si la cure a été précédée d'un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement ou si un tel traitement ambulatoire ne peut être appliqué. De plus, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et des mesures balnéologiques/physiothérapeutiques reconnues scientifiquement en Suisse doivent être effectuées selon le plan de cure.

Art. 6 Cures de convalescence

1. Si un séjour de cure est médicalement nécessaire et ordonné par un médecin en vue de la guérison ou de la convalescence consécutive à une maladie grave ou opération grave, les prestations suivantes seront versées par jour:
Diversa: jusqu'à Fr. 30.–
Diversa plus: jusqu'à Fr. 50.–
2. La cure doit avoir lieu dans un établissement de cure suisse reconnu par l'assureur. L'assureur tient une liste des établissements qu'il reconnaît. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.
3. La prestation assurée est versée au maximum pendant 21 jours par année civile.

Art. 7 Obligation de déclarer

L'ordonnance de cure, établie par un médecin, doit être présentée à l'assureur avant le début de la cure et faire mention de l'établissement de cure ou de la station thermale ainsi que de la date du début de la cure.

Art. 8 Aide familiale

1. Si, en cas d'une incapacité totale de travail, l'assuré doit, sur prescription médicale, faire appel à une aide familiale, en raison de son état de santé et de circonstances personnelles et familiales, les prestations journalières suivantes sont allouées:
Diversa: jusqu'à Fr. 30.–
Diversa plus: jusqu'à Fr. 50.–
2. Est considérée comme aide familiale la personne qui, à titre professionnel, pour son compte ou celui d'une organisation, fait le ménage en lieu et place de l'assuré. Le même montant peut être accordé, si une autre personne fait le ménage en lieu et place de l'assuré malade et que les frais correspondants sont dûment justifiés.
3. La prestation journalière assurée est accordée 30 fois au maximum par année civile.

Art. 9 Transports en cas de maladie ou d'accident en Suisse

1. En complément des prestations de l'assurance obligatoire des soins, l'assureur prend en charge les frais engendrés en Suisse pour les transports par ambulance médicalement nécessaires jusqu'au médecin ou à l'hôpital le plus proche, aux tarifs usuels. Le moyen de transport doit être économique et approprié.
2. Pour les frais de recherche et de sauvetage d'assurés accidentés ou atteints d'une maladie aiguë, les prestations suivantes seront allouées en complément des prestations de l'assurance obligatoire des soins:
Diversa: jusqu'à Fr. 10'000.–
Diversa plus: jusqu'à Fr. 20'000.–
3. Si une organisation subordonne l'établissement de la facture pour l'aide apportée aux prestations de l'assureur, les prestations sont réduites de moitié

Art. 10 Traitements dentaires

1. L'assureur accorde les prestations suivantes:
 - a. En cas de traitements hospitaliers chirurgicaux en vue de l'élimination d'états pathologiques (reconstruction de la maxillaire et des crêtes alvéolaires à l'aide de greffes osseuses, reconstruction du vestibule, etc.), les frais de la division commune de l'hôpital conventionnel dans le canton de résidence sont pris en charge.
 - b. En cas de traitement ambulatoire, les frais qui ne sont couverts ni par l'assurance obligatoire des soins ni par les soins dentaires scolaires sont pris en charge à
Diversa: 50%
Diversa plus: 75%.
Ces remboursements de prestations se font selon le tarif dentaire AA/AM/AI ou le tarif pour soins dentaires scolaires et selon les positions tarifaires portées au chapitre correspondant. Il s'agit en l'occurrence des traitements suivants:
 - traitement d'orthopédie dento-faciale en raison de troubles fonctionnels de la mastication (correction de malpositions des dents et de déformations de la mâchoire) jusqu'à l'âge de 22 ans révolus;
 - traitement de douleurs dans l'articulation temporo-mandibulaire (Syndrome de Costen), à l'exception des couronnes et des ponts;
 - traitement parodontal (mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'appareil de retenue des dents ou au parodonte, à l'exclusion des extractions, des prothèses etc.);
 - extraction chirurgicale d'une dent incluse ou d'un reste radiculaire totalement pris dans l'os;
 - extraction avec volet.
2. Les assurés qui peuvent prétendre à des prestations dentaires au sens de cet article, doivent présenter à l'assureur les factures originales détaillées du dentiste avec indication des positions tarifaires selon le tarif dentaire AA/AM/AI.

Art. 11 Indemnité en cas de décès

1. Si l'assuré meurt après le troisième jour de vie et avant l'âge de 65 ans accomplis, l'assureur verse une indemnité en cas de décès de Fr. 1000.–.
2. Le versement se fait aux survivants ayants droit. Sont considérés exclusivement comme ayants droit: le conjoint, à défaut les enfants, à défaut le père et la mère.
3. La désignation d'autres bénéficiaires ou l'exclusion d'ayants droit n'est pas possible.
4. Le décès d'un assuré doit être immédiatement signalé à l'assureur. En vue de faire valoir le droit à l'indemnité, un acte de décès officiel doit être présenté.
5. Si dans un délai de six mois aucun acte de décès officiel n'est présenté, le droit à l'indemnité en cas de décès s'éteint.

Art. 12 Lunettes, verres de contact

Les prestations suivantes sont versées pour les frais de verres de lunettes et les verres de contact fournis par un opticien, aux assurés âgés de moins de 18 ans révolus une fois par année civile et aux assurés âgés de plus de 18 ans une fois en l'espace de trois années civiles:

Diversa: jusqu'à Fr. 150.–
Diversa plus: jusqu'à Fr. 250.–

Art. 13 Psychothérapie non médicale

1. S'il n'existe pas d'obligation de prestations dans l'assurance obligatoire des soins pour les frais de traitements ordonnés par un médecin et pratiqués par des psychothérapeutes non médecins reconnus, les prestations suivantes sont versées:
Diversa: 75%, au maximum Fr. 2'000.–, en l'espace de 3 années civiles
Diversa plus: 75%, au maximum Fr. 3'000.–, en l'espace de 3 années civiles.
Le montant des prestations versées se limite aux positions tarifaires applicables pour la psychothérapie déléguée.
2. Sont réputés psychothérapeutes non médecins reconnus, les psychologues indépendants qui sont membres de l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP) ou reconnus par l'organisation des assureurs-maladie santé-suisse.
3. Les psychothérapies, pratiquées en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans un but autre que le traitement d'une maladie, ne sont pas prises en charge.

Art. 14 Vaccinations

Les frais de vaccinations non couverts par l'assurance obligatoire des soins sont pris en charge à 90%.

Art. 15 Moyens auxiliaires

1. Pour les moyens auxiliaires, pour lesquels il n'existe aucun droit aux prestations ni dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ni d'une autre assurance sociale, les prestations suivantes sont versées par moyen auxiliaire:
Diversa: 50%, au maximum Fr. 1'000.–
Diversa plus: 50%, au maximum Fr. 2'000.–.
2. Les moyens auxiliaires réutilisables, remis par l'intermédiaire de la Fédération suisse pour tâches communes des caisses-maladie (SVK), sont délivrés gratuitement aux assurés à titre de prêt.
3. Les frais de fonctionnement et d'entretien des moyens auxiliaires ne sont pas pris en charge.

Art. 16 Traitements non obligatoires

Pour les frais des opérations correctrices d'oreilles décollées ainsi que pour les ligatures (stérilisation et vasectomie), les prestations suivantes sont allouées:

Diversa: 50%, au maximum Fr. 2'000.–
Diversa plus: 50%, au maximum Fr. 4'000.–.

Art. 17 Médecins de récusation

Les prestations suivantes sont allouées pour les traitements effectués par des médecins qui ont refusé de fournir leurs prestations selon le tarif de l'assurance obligatoire des soins (récusation):

Diversa: aucune prestation
Diversa plus: 75%, au maximum Fr. 2'000.–, par année civile.

C. Prestations à l'étranger

Art. 18 Validité territoriale et de durée

1. La protection d'assurance à l'étranger est valable dans le monde entier pour un séjour à l'étranger de moins de 12 mois.
2. Pour les frontaliers, on entend par étranger les territoires qui se trouvent hors de la Suisse et d'un corridor limitrophe de 20 km à partir de la frontière nationale suisse.

Art. 19 Centrale d'alarme

1. En cas de maladie subite, d'accident, d'accouchement imprévu ou de décès à l'étranger qui nécessitent un secours d'urgence selon l'art. 21 ou l'hospitalisation d'un assuré, la centrale d'alarme de l'assureur placée sous la direction de «Groupe Mutuel Assistance» doit être avertie immédiatement. Elle conseille l'assuré et lui rend le secours nécessaire.
2. Le secours d'urgence nécessaire est ordonné, organisé et exécuté en cas de besoin par la centrale d'alarme et remboursé par l'assureur.
3. Les frais de secours d'urgence selon l'art. 21 non ordonnés par la centrale d'alarme de l'assureur ne sont pas pris en charge.

Art. 20 Frais de guérison

En cas de maladie subite, d'accident ou d'accouchement imprévu à l'étranger, les frais de guérison suivants sont pris en charge au tarif local en vigueur:

1. traitements médicaux (seuls les traitements curatifs reconnus en Suisse),
2. médicaments,
3. analyses,
4. soins donnés par un chiropraticien,
5. traitements dentaires par suite d'accident,
6. traitements stationnaires dans des hôpitaux pour soins aigus.

Art. 21 Secours d'urgence

1. En cas de maladie sérieuse, d'accident grave ou de décès, l'assureur prend en charge les prestations suivantes, organisées par «Groupe Mutuel Assistance»:
 - a. actions de sauvetage et transports médicalement nécessaires;
 - b. actions de recherche en vue du sauvetage et du dégagement d'un assuré victime d'un accident ou d'une maladie aiguë jusqu'à concurrence de
Diversa: Fr. 10'000.–
Diversa plus: Fr. 20'000.–;
 - c. en cas de nécessité médicale, le transfert au domicile resp. à l'hôpital suisse compétent;
 - d. le dégagement et le rapatriement d'un assuré défunt au lieu de domicile qui existait en Suisse avant le départ.
2. Lorsque des mesures de recherche, de sauvetage ou de transport sont rendues impossibles par suite de grèves, de désordres, d'actes de guerre, de radio-activité, de force majeure ou de causes similaires, leur exécution ne peut pas être exigée.

Art. 22 Durée des prestations

1. Les prestations lors de traitements ambulatoires seront accordées aussi longtemps que la protection d'assurance selon l'art. 18 al. 1 sera valide.
2. Les prestations en cas de séjour stationnaire sont versées aussi longtemps que l'on ne saurait exiger raisonnablement sous l'angle médical le retour au domicile ou le transport dans l'hôpital compétent en Suisse, mais au maximum durant
Diversa: 30 jours
Diversa plus: 60 jours.

Art. 23 Obligation de déclarer

1. En cas de maladie subite, d'accident ou d'accouchement imprévu à l'étranger, la centrale de secours de l'assureur doit être avisée immédiatement (art. 19).
2. Les factures originales détaillées, le décompte de prestations d'autres assureurs en cas de maladie resp. d'accidents éventuels et les indications médicales nécessaires doivent être remises à l'assureur dans les meilleurs délais dans une des langues nationales suisses ou en anglais.
3. Lorsque l'organisateur de voyages ou l'entreprise de transport rembourse à l'assuré des frais de vacances et de voyages qui ont déjà été payés avant le départ et qui sont devenus inutiles ou inutilisables en raison d'une maladie subite ou d'un accident, l'assureur doit en être avisé immédiatement. Le montant remboursé est déduit des prestations d'assurance.

Art. 24 Restrictions en matière de prestations

1. Les prestations à l'étranger ne sont accordées que pour des traitements appliqués dans le pays de séjour actuel. Aucune prestation ne peut être revendiquée pour des transferts et traitements dans des Etats tiers.
2. Si l'assuré(e) se rend à l'étranger ou hors de son domicile pour un traitement, des soins, une cure ou un accouchement, aucune prestation n'est versée. Pour les maladies et suites d'accidents qui existaient déjà avant le départ à l'étranger, l'assureur n'est pas tenu de verser les prestations.