

Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires Premium – version 2024

SD

SDGA02-F1 – édition 01.09.2024

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 6	Listes de prestations et de fournisseurs de prestations
Art. 2	Risques assurés	Art. 7	Modification de la quote-part
Art. 3	Condition d'admission	Art. 8	Primes
Art. 4	Droit aux prestations et limitations	Art. 9	Rabais famille
Art. 5	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 (LAMal) pour des mesures diagnostiques et thérapeutiques, des médicaments et des moyens auxiliaires qui sont efficaces, appropriés et économiques.
- L'assurance couvre également certaines mesures de prévention et de contraception.

Art. 2 Risques assurés

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

Art. 3 Condition d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse peut demander son adhésion à l'assurance Premium pour une entrée en vigueur au plus tard le jour des 70 ans du proposant.

Art. 4 Droit aux prestations et limitations

- 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.
- Si la couverture d'assurance débute en cours d'année, l'assureur peut réduire proportionnellement les maxima de prise en charge par année civile.
- Si un traitement médical, une thérapie de médecine alternative, une cure, un médicament ou un moyen auxiliaire ne sont pas justifiés médicalement ou n'apportent plus d'amélioration thérapeutique, l'assureur informe l'assuré du refus, de la réduction ou de la fin du versement des prestations.
- 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 reconnu par l'AOS ou d'une personne dûment autorisée et reconnue par l'assureur.

- 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.
- L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les franchises et les quotes-parts de l'AOS.
- 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.
- En cas d'assurance multiple au sens de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA), l'assureur verse les prestations proportionnellement aux couvertures d'assurance souscrites.

Art. 5 Prestations assurées

Les montants de prise en charge mentionnés ci-après représentent l'indemnité maximale de l'assureur pour l'ensemble des prestations indiquées dans la colonne « Description ».

	Prise en charge	Description
Médicaments limités et hors liste	90%	<ul style="list-style-type: none"> - 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 alternative reconnu par l'assureur. - Exclusions : Produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA). - L'assureur tient une liste des thérapeutes de médecine alternative reconnus.
Frais de conseil pour les médicaments de la liste des spécialités délivrés par le pharmacien sans ordonnance	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Frais de conseils fournis par les pharmaciens reconnus par l'assureur, dans le cadre des médicaments des listes A et B (classification Swissmedic) remis sans ordonnance selon l'article 45 de l'OMéd (Ordonnance sur les médicaments) selon la convention tarifaire applicable passée entre l'assureur et la pharmacie. - L'assureur tient une liste des pharmacies reconnues.
Médecines alternatives	80%, max. CHF 5'000 par période de 3 ans, dont max. CHF 500 par année civile pour les massages	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapies médicalement nécessaires reconnues par l'assureur et exécutées par un médecin diplômé ou un thérapeute en médecine alternative reconnu par l'assureur pour la thérapie en question. - L'assureur tient une liste des thérapies et des thérapeutes reconnus et se réserve le droit d'exclure certaines thérapies et/ou certains thérapeutes en tout temps. - Il n'existe pas de droit aux prestations pour des séances fournies entre membres de la famille. - La période de 3 ans pour le maxima de prise en charge de CHF 5'000 débute avec l'entrée en vigueur du contrat.
Cures de convalescence et cures thermales	90%, max. 30 jours/année civile	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - 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 dans l'AOS). - Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal. - L'assureur tient une liste des établissements reconnus. - 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.
Lunettes médicales, lentilles de contact ou correction chirurgicale de la vue	Lunettes et lentilles <ul style="list-style-type: none"> - enfants jusqu'à 18 ans, CHF 150 chaque année - adultes dès 19 ans, CHF 500 par 3 ans Correction chirurgicale de la vue <ul style="list-style-type: none"> - participation de 90%, max. CHF 800, pour toute la durée du contrat 	<ul style="list-style-type: none"> - Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de lentilles de contact qui ne sont pas pris en charge par l'AOS. - La participation prévue pour la correction chirurgicale de la vue est allouée en plus des coûts des lunettes médicales ou lentilles de contact.
Moyens auxiliaires	90%, max. CHF 5'000/année civile	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
Mammographies et échographies	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Les mammographies et échographies qui ne sont pas prises en charge par l'AOS.
Examens gynécologiques préventifs	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Les examens gynécologiques préventifs qui ne sont pas pris en charge par l'AOS.
Vaccins	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Frais pour les vaccinations non couvertes par l'AOS ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en cas de départ à l'étranger, reconnus par Swissmedic. - L'assureur prend en charge les vaccinations qui émanent d'un médecin reconnu par l'AOS ou d'un pharmacien reconnu par l'assureur. - L'assureur tient une liste des pharmacies reconnues.

	Prise en charge	Description
Test préventif HIV	90%	– Les frais de tests préventifs HIV lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par des dispensateurs reconnus au sens de la LAMal.
Check-up	Un check-up tous les 3 ans, 90%, max. CHF 1'800	– Les frais de check-up dispensés par un médecin. – Le check-up comprend : <ul style="list-style-type: none"> – une consultation avec examen prolongé (taille, poids, tension, conseils et promotion de la santé), – un électrocardiogramme au repos et à l'effort, – un cliché radiologique du thorax, – un statut urinaire, – les analyses hématologiques et chimiques, de glucose et de cholestérol, – un examen de la peau.
Seconde opinion	90%	– Frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation, dispensé par un médecin. La mention « seconde opinion » doit figurer sur la note d'honoraires.
Surclassement de confort, frais d'hébergement hôtelier, de transport ou de parking en cas d'intervention chirurgicale ambulatoire	CHF 300/année civile	– Lorsque l'assuré subit une intervention chirurgicale ambulatoire, l'assureur prend en charge les frais suivants : <ul style="list-style-type: none"> – surclassement facturé par l'établissement dans lequel a lieu l'intervention chirurgicale ambulatoire; – hébergement de l'assuré et de ses accompagnants, dans un établissement hospitalier ou un hôtel, pour la nuit précédant et/ou suivant directement le traitement; – transport de l'assuré entre son domicile et le fournisseur de soins en question (aller et/ou retour en transports publics ou en taxi); – frais de parking.
Frais de transport, recherche et sauvetage	90% (transports) 90%, max. CHF 100'000/année civile (recherche et sauvetage)	– Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que ces transports soient médicalement nécessaires. – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère ou pour une action de recherche et de sauvetage. – 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.
Psychothérapie	90%, max. CHF 1'000/année civile	– Frais consécutifs à des traitements non pris en charge par l'AOS qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants qui sont membres d'une association reconnue par l'assureur. – L'assureur tient une liste des associations reconnues.
Garde d'enfants malades à domicile	90%, max. CHF 300/année civile	– 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.
Aide à domicile et frais de placement	90%, max. CHF 2'500/année civile	– 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.). – 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, durant la période où 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). – En cas d'hospitalisation d'un enfant assuré jusqu'à 14 ans révolus, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille. – L'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur.
Repas à domicile suite à une hospitalisation ou une intervention chirurgicale ambulatoire	CHF 20/jour, max. 30 jours/année civile	– Prise en charge des frais de repas à domicile fournis à titre professionnel par un établissement, entreprise ou institution et sur prescription médicale.
Contraception et stérilisation volontaire	90%, max. CHF 500/année civile	– Prise en charge des frais pour les mesures de contraception qui requièrent l'intervention d'un médecin (implant contraceptif, stérilet, progestatifs retardés) ou faisant l'objet d'une ordonnance médicale initiale (pilule contraceptive, anneau vaginal, patch). – Prise en charge des frais d'intervention en cas de stérilisation.

	Prise en charge	Description
Traitements dentaires	Soins dentaires 75%, max. CHF 500/année civile Orthopédie dento-faciale pour les assurés jusqu'à 18 ans : 75%, max. CHF 3'000/année civile	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des frais : <ul style="list-style-type: none"> - de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé; - d'un contrôle dentaire prophylactique annuel; - de couronnes, ponts et prothèses; - de laboratoire. - Pour les assurés jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, la couverture d'assurance s'étend aux soins d'orthopédie dento-faciale. - Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat. - 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. - 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. - 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%.
Prévention et activité sportive	50%, max. CHF 500/année civile (prévention) 90%, max. CHF 200/année civile (activités et abonnements sportifs) Max. CHF 500/année civile pour l'ensemble des prestations « Prévention et activité sportive »	<p>Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des frais pour les mesures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - école du dos, - abonnement et cours de fitness, - cure de désintoxication. - L'assureur tient une liste précisant les cours de fitness et les types de cures de désintoxication reconnus. - Pour les abonnements de fitness, l'assureur tient une liste des labels reconnus. <p>Activités sportives et abonnements sportifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des frais pour des abonnements sportifs annuels (abonnements et cours de fitness exclus) et des cotisations de membre actif d'un club ou d'une association sportive selon la liste des activités et abonnements sportifs établie par l'assureur. <p>Pour le fitness, les abonnements et les cotisations sportives dont la période de validité ne correspond pas à une année civile, le montant maximum assuré est réduit proportionnellement.</p>
Groupe Mutuel Assistance	Selon détail des conditions générales d'assurance Groupe Mutuel Assistance	<ul style="list-style-type: none"> - 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).

Art. 6 Listes de prestations et de fournisseurs de prestations

1. Les listes mentionnées dans les présentes conditions particulières d'assurance (par exemple, liste des thérapeutes de médecine alternative reconnus ou des mesures de prévention assurées) 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. Ces listes peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur. Une telle modification de la liste n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

Art. 7 Modification de la quote-part

1. L'assureur peut adapter chaque année la quote-part de prise en charge des prestations de médecines alternatives en cas d'élargissement du nombre ou d'établissement de nouveaux genres de fournisseurs de prestations dans une mesure importante conformément à l'art. 36 des CGC.
2. L'assureur doit informer le preneur d'assurance des nouvelles dispositions du contrat au moins 30 jours avant l'expiration de la période d'assurance.
3. En cas d'augmentation de la quote-part, le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance avec effet à la fin de la période d'assurance en cours, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation. La résiliation doit être parvenue à l'assureur dans le délai de 30 jours. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, les adaptations faites au niveau de la quote-part seront considérées comme acceptées.

Art. 8 Primes

1. 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 26e année et jusqu'à la 85e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.
2. Un changement de classe d'âge entraîne en principe une augmentation 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 (édition 01.09.2024).
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.