

Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global CMVEO

GE

GEGA01-F2 – édition 01.06.2011

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 7	Droit aux prestations
Art. 2	Condition d'admission	Art. 8	Franchise
Art. 3	Prestations assurées (niveaux 1 et 2)	Art. 9	Primes
Art. 4	Prestations supplémentaires assurées par le niveau 2	Art. 10	Rabais de primes pour absence de prestations
Art. 5	Option médecines alternatives	Art. 11	Bonus familial
Art. 6	Etendue des prestations	Art. 12	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 de la Caisse Maladie de la Vallée d'Entremont Orsières (ci-après CMVEO) des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

L'assurance Global CMVEO est composée d'un module de base avec deux niveaux de couverture:

- N1 - Niveau 1
- N2 - Niveau 2.

Ce module de base peut être complété par les prestations de l'option «médecines alternatives».

Art. 2 Condition d'admission

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

Art. 3 Prestations assurées (niveaux 1 et 2)

1. Hospitalisation en Suisse

1. Classe d'assurance

Libre choix, en division commune, d'un établissement hospitalier suisse répertorié au sens de l'article 41 al. 1bis LAMal ou reconnu par l'assureur, 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:

- a. L'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers de l'établissement hospitalier et les honoraires des médecins selon la convention tarifaire cantonale ou toute autre convention passée avec l'assureur.
 - b. Si un assuré est hospitalisé dans un établissement non répertorié au sens de l'article 41 al. 1 bis LAMal ou un établissement avec lequel l'assureur n'a pas conclu d'accord tarifaire, il lui sera alloué, dans la limite de la division commune, un montant maximum 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 nou-

velle 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 préparations 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 à charge des assurés (LPPA).

4. 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^e année.

5. 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.

6. 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.

7. Stérilisation volontaire

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

8. Correction des oreilles

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.

9. 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).

10. Soins d'orthopédie dento-faciale

Pour les assurés jusqu'à 20 ans révolus, le pour-

centage 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.

11. 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.

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 ambulatoires et hospitaliers 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 Prestations supplémentaires assurées par le niveau 2

Les assurés ayant opté pour le niveau 2 bénéficient en outre et moyennant un supplément de primes des prestations suivantes:

1. 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.

2. Cures de convalescence suite à une hospitalisation

Le montant prévu pour 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.

3. Aide à domicile

Sur demande préalable de l'assuré, le montant prévu 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.).

4. 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.

5. 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.

Art. 5 Option «médecines alternatives»

En plus des prestations mentionnées aux articles 3 et 4 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, moxothérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, 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 autonome.

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. 6 Etendue des prestations

Les prestations mentionnées aux articles 3, 4 et 5 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans l'annexe au présent règlement GE 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. Les prestations mentionnées aux articles 4 (prestations supplémentaires du niveau 2) et 5 (option «médecines

alternatives») des présentes conditions particulières 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. 8 Franchise

Une franchise annuelle de Fr. 300.– est applicable pour les prestations décrites à l'article 5 (médecines alternatives) dès le 1^{er} janvier suivant l'année durant laquelle l'assuré a atteint l'âge de 18 ans révolus.

Art. 9 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 cinq ans.

Art. 10 Rabais de primes pour absence de prestations

1. Chaque assuré bénéficie d'un rabais de 25% sur la prime du module de base (niveaux 1 et 2) si, pendant la période de référence, les prestations totales versées conformément aux articles 3 et 4 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 5 est réduit de 25% pour les assurés âgés entre 0 et 25 ans, respectivement de 50% pour les assurés dès 26 ans 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^{er} 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. points 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. 11 Bonus familial

1. Un bonus familial est accordé sur la prime du produit GE des enfants jusqu'à 18 ans et des jeunes adultes entre 19 et 25 ans si au moins un de ses parents et lui-même sont affiliés pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la CMVEO.
2. Le montant du bonus familial figure sur la police d'assurance

Art. 12 Devoirs de l'assuré

Sous réserve des cas d'urgence prévus aux articles 3.4 et 4.5 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

Types de prestations

	Module de base niveau 1	Module de base niveau 2
Hospitalisation en Suisse	Division commune dans toute la Suisse	Division commune dans toute la Suisse
Frais d'accompagnement hospitalier	Fr. 600.– par année civile	Fr. 600.– par année civile
Traitement ambulatoire (libre choix du médecin en Suisse)	90% des suppléments de tarif, illimité	90% des suppléments de tarif, illimité
Médicaments limités	90%, prescriptions illimitées	90%, prescriptions illimitées
Médicaments hors-liste	90%, prescriptions illimitées	90%, prescriptions illimitées
Lunettes et verres de contact	Fr. 200.– par période de 3 ans (par année civile pour les enfants jusqu'à 18 ans)	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	90%, max. Fr. 1'000.– par année civile
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.–/grossesse	Fr. 150.–/grossesse
Stérilisation volontaire	90%, au plus durant 3 jours	90%, au plus durant 3 jours
Correction des oreilles	90%	90%
Traitement dentaire	50%, max. Fr. 1'000.– par année civile (jusqu'à 18 ans révolus)	50%, max. Fr. 1'000.– par année civile (jusqu'à 18 ans révolus)
Soins d'orthopédie dento-faciale	50%, max. Fr. 12'000.– par assuré (jusqu'à 20 ans révolus)	50%, max. Fr. 12'000.– par assuré (jusqu'à 20 ans révolus)
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants	Fr. 40.– par séance, max. Fr. 800.– par année civile	Fr. 40.– par séance, max. Fr. 800.– par année civile
Deuxième avis médical	90%, illimité	90%, illimité
Vaccins	90%, max. Fr. 150.– par année civile	90%, max. Fr. 150.– par année civile
Tests préventifs	Fr. 50.– par année civile	Fr. 50.– par année civile
Check-up	90%, illimité	90%, illimité
Contrôle dentaire annuel	Fr. 75.– par année civile	Fr. 75.– par année civile
Conseils diététiques	max. Fr. 50.– par séance (max. 3 conseils par période de 3 ans)	max. Fr. 50.– par séance (max. 3 conseils par période de 3 ans)
Examens gynécologiques préventifs	90%, nombre d'examens illimité	90%, nombre d'examens illimité
Echographies et mammographies	90%, nombre d'examens illimité	90%, nombre d'examens illimité
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.– par enfant	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	50%, max. Fr. 500.– par année civile
Traitements d'urgence à l'étranger	max. Fr. 100'000.– par année civile	max. Fr. 100'000.– par année civile
Groupe Mutuel Assistance	en cas d'urgence en Suisse et à l'étranger	en cas d'urgence en Suisse et à l'étranger
Cures thermales en Suisse	Fr. 80.– par jour, max. Fr. 800.– par année civile	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	Fr. 50.– par jour, max. 30 jours par année civile
Aide à domicile	max. Fr. 80.– par jour, max. Fr. 1'200.– par année civile	max. Fr. 80.– par jour, max. Fr. 1'200.– par année civile
Frais de transports	max. Fr. 5'000.– par année civile	max. Fr. 5'000.– par année civile
Opérations de recherche et de sauvetage	max. Fr. 50'000.– par année civile	max. Fr. 50'000.– par année civile

Option «médecines alternatives»: jusqu'à Fr. 10'000.–/année civile, franchise Fr. 300.–/an dès 19 ans

Médecines alternatives	max. Fr. 75.– par séance
Médicaments de médecine alternative	90%