



Assurance complémentaire

Conditions particulières (CP)

salto

Edition 2018

Table des matières

salto	
1	Bases de l'assurance Page 3
1.1	But
1.2	Assureur responsable
1.3	Dispositions communes
1.4	Personnes assurées
1.5	Passage automatique dans les catégories plus, hospita générale et tourist
1.6	Passage anticipé dans les catégories plus, hospita générale et tourist
1.7	Conditions en matière de prestations
1.7.1	Généralités
1.7.2	Hôpital pour soins aigus
1.7.3	Liste d'hôpitaux
1.7.4	Traitement hors canton pour des raisons médicales
1.7.5	Hôpitaux avec tarif reconnu
1.7.6	Critères indéterminés, tarifs maximaux
2	Traitement ambulatoire Page 3
2.1	Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail
2.2	Traitement d'urgence à l'étranger
2.3	Durée des prestations
3	Traitement hospitalier Page 4
3.1	Traitement aigu
3.1.1	Etendue des prestations
3.1.2	Traitement dans une division d'hôpital supérieure
3.1.3	Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste
3.2	Réadaptation en milieu hospitalier
3.3	Cliniques psychiatriques
3.4	Prestations en cas d'urgence à l'étranger
4	Maternité Page 4
4.1	Frais de traitement hospitalier
4.2	Accouchement dans une maison de naissance

Table des matières

salto			
5	Assistance à l'étranger	Page	4
5.1	Prestations d'assistance supplémentaires		
5.2	Voyage de visite et voyage de retour spécial		
5.3	Avance de fonds à un hôpital		
5.4	Information de personnes à domicile		
5.5	Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger		
5.6	Conseils médicaux par des médecins		
5.7	Prestations exclues		
5.8	Obligations en cas de sinistre		
5.8.1	Information de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence		
5.8.2	Dégagement de l'obligation de garder le secret		
5.8.3	Exercice du droit aux prestations		
5.8.4	Imputation des billets de train ou d'avion		
6	Complément accident	Page	5
7	Prévention	Page	5
7.1	Vaccinations		
7.2	Examen gynécologique préventif		
7.3	Remise en forme		
7.4	Conserver la forme		
8	Moyens auxiliaires	Page	6
8.1	Aides visuelles		
8.2	Autres moyens auxiliaires		
9	Soins dentaires/dents de sagesse	Page	6
9.1	Généralités		
9.2	Fournisseurs de prestations et tarif		
9.3	Traitement à l'étranger		
10	Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement	Page	6
10.1	Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence		
10.1.1	Etendue des prestations		
10.1.2	Quote-part		
10.1.3	Prestations de tiers		
11	Variante salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)	Page	6
11.1	Principe		
11.2	Période d'observation		
11.3	Niveaux de rabais		
11.4	Adaptation du niveau en cas de non-recours aux prestations		
11.5	Adaptation du niveau en cas de recours aux prestations		
11.6	Prestations de maternité		
11.7	Augmentation d'assurance		

1 Bases de l'assurance

1.1 But

L'assurance salto assure les frais non couverts des traitements ambulatoires et hospitaliers ainsi que des cas d'urgence à l'étranger.

salto alloue des prestations pour des traitements médicaux hors du lieu de résidence ou de travail, des vaccinations, des moyens auxiliaires, des extractions de dents de sagesse, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement et des cours en vue d'acquies un comportement favorisant la santé.

salto prend en charge des frais non couverts pour des traitements dans un hôpital en dehors du canton de résidence pour soins aigus en cas de maladie, d'accident et de maternité.

salto alloue en outre des prestations pour des frais non couverts de traitements d'urgence à l'étranger en cas de maladie, d'accident et d'accouchement prématuré ainsi que des prestations de services durant un voyage de vacances ou d'affaires et d'un séjour à l'étranger.

Les prestations de salto sont allouées subsidiairement à toutes les autres catégories d'assurance conclues auprès de Sympany.

salto alloue des prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins (base). Tout au plus la part non couverte par une assurance sociale (y compris l'assurance base auprès d'un autre assureur) sera prise en charge sur la totalité des frais.

1.2 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Assurances SA, Bâle (ci-après dénommé «l'assureur»).

1.3 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des Conditions générales d'assurance (CGA) de salto. En cas de divergences, les CGA priment les dispositions communes.

1.4 Personnes assurées

L'assurance salto peut être conclue dès le début de la 19^e année jusqu'à l'âge de 30 ans révolus.

1.5 Passage automatique dans les catégories plus, hospita générale et tourist

L'assurance salto s'éteint le 31 décembre de l'année au cours de laquelle la 32^e année est accomplie. Le passage automatique dans les catégories d'assurance plus, hospita générale et tourist intervient au 1^{er} janvier de l'année suivante. Lors du transfert automatique, aucune déclaration de santé n'est requise, mais les restrictions de couverture existantes selon les dispositions communes sont maintenues sans modification.

1.6 Passage anticipé dans les catégories plus, hospita générale et tourist

Un passage anticipé dans les catégories d'assurance plus, hospita générale et tourist est possible sans nouvelle déclaration de santé pour le 1^{er} janvier d'une année. Le droit de passage est le même en cas de changement dans l'assurance

mondial. En l'occurrence, le passage à l'assurance mondial peut s'effectuer en cours d'année. En cas de grossesse, le passage et le changement sont possibles en cours d'année. Les restrictions de couverture existantes selon les dispositions communes sont maintenues sans modification.

1.7 Conditions en matière de prestations

1.7.1 Généralités

Les prestations ne sont versées que si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par la caisse. Quant à la reconnaissance de personnes correspondantes, il y aura lieu de se renseigner auprès de la caisse.

En cas de traitement hospitalier, les prestations ne sont versées que dans la mesure et aussi longtemps que la personne assurée nécessite une hospitalisation au sens de base et que le traitement s'effectue dans un hôpital pour soins aigus. Le traitement doit être appliqué par des fournisseurs de prestations reconnus pour cela selon la LAMal.

1.7.2 Hôpital pour soins aigus

Sont réputés hôpitaux pour soins aigus les établissements hospitaliers pouvant fournir les services médicaux et thérapeutiques et disposant des moyens techniques qui sont nécessaires au traitement de maladies, d'accidents et pour les accouchements qui requièrent une surveillance médicale permanente.

1.7.3 Liste d'hôpitaux

Les traitements hospitaliers doivent par ailleurs être administrés dans des hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux du canton de séjour ou de domicile au sens de l'art. 39 de la LAMal. En cas de traitement dans d'autres hôpitaux, les prestations couvertes sont réduites.

1.7.4 Traitement hors canton pour des raisons médicales

Le canton de résidence prend en charge les frais supplémentaires d'une hospitalisation hors canton indiquée pour des raisons médicales, conformément aux dispositions légales (art. 41/3 LAMal).

1.7.5 Hôpitaux avec tarif reconnu

Les hôpitaux conventionnés sont des hôpitaux avec lesquels l'assureur a passé des accords de tarification. La caisse gère une liste de tous les hôpitaux conventionnés. Cette liste peut être consultée à tout moment.

1.7.6 Critères indéterminés, tarifs maximaux

Lorsqu'un hôpital ne connaît pas de critères de classification pour les divisions d'hôpital ou en applique d'autres que ceux mentionnés dans les présentes dispositions, ces divisions seront traitées, sur le plan de l'assurance, comme des divisions privées. Pour la division commune, l'assureur peut fixer des tarifs maximaux qui sont fonction des tarifs et des accords passés avec un hôpital comparable, sis dans la région de résidence de la personne assurée, avec tarif reconnu.

Les tarifs maximaux fixés le cas échéant par l'assureur peuvent être consultés auprès de la caisse.

2 Traitement ambulatoire

2.1 Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail

Pour les traitements appliqués par des médecins de caisse admis selon la LAMal et s'effectuant hors du lieu de résidence

ou de travail de la personne assurée, le tarif selon la LAMal applicable au lieu de traitement est couvert intégralement, ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance base.

2.2 Traitement d'urgence à l'étranger

En cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, la totalité des frais est couverte par salto, ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance base.

2.3 Durée des prestations

Dans la mesure où les dispositions de salto ne prévoient pas de réglementation contraire, les prestations sont versées sans limite de durée.

3 Traitement hospitalier

3.1 Traitement aigu

3.1.1 Etendue des prestations

L'assurance salto prend en charge, en complément des prestations de l'assurance base, la classe de prestations division commune d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse (chambre à plusieurs lits).

N'est pas assurée la participation aux frais à assumer dans l'assurance base, y compris la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier.

3.1.2 Traitement dans une division d'hôpital supérieure

Lorsque le traitement a lieu dans une division d'hôpital supérieure à la division d'hôpital assurée, l'assurance couvre tout au plus les frais qui auraient été occasionnés dans la division d'hôpital assurée. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, l'assurance salto verse un forfait.

CHF 30.- par jour

3.1.3 Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste

Lorsque le traitement médical a lieu dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, l'assurance couvre tout au plus un forfait de

CHF 30.- par jour

3.2 Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans un sanatorium polyvalent reconnu par l'assureur ou respectivement dans une division ou une clinique de réadaptation médicale, l'assurance salto accorde, pour les 60 premiers jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus.

Les sanatoriums ou établissements de réadaptation reconnus sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

3.3 Cliniques psychiatriques

En cas de séjour hospitalier dans une clinique psychiatrique, en cas de traitement psychiatrique dans un hôpital pour soins aigus ou dans une clinique spécialisée, l'assurance salto accorde, pendant 90 jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus.

Ces prestations sont versées une fois par période de trois années civiles.

3.4 Prestations en cas d'urgence à l'étranger

L'assurance salto prend en charge, en complément des prestations de l'assurance base, l'intégralité des frais occasionnés par le traitement hospitalier d'urgence en division commune dans un hôpital pour soins aigus pendant un séjour temporaire. Si des frais plus élevés sont occasionnés, salto prend en charge par l'assistance les prestations complémentaires.

Les prestations sont allouées tant qu'un transport à domicile ne peut pas être envisagé pour des raisons médicales, mais tout au plus pendant une année. En cas de traitement hospitalier, une demande de prise en charge doit être présentée immédiatement à la caisse, mais au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

4/7

4 Maternité

4.1 Frais de traitement hospitalier

L'assurance salto couvre les frais non couverts par l'assurance base, occasionnés par un accouchement en division commune d'un hôpital dans toute la Suisse, pour la mère.

Si le nouveau-né n'est pas au bénéfice d'une propre assurance correspondante, la catégorie d'assurance salto de la mère prend en charge les frais non couverts de l'enfant en division commune d'un hôpital dans toute la Suisse.

4.2 Accouchement dans une maison de naissance

En cas d'accouchement dans une maison de naissance reconnue par la caisse et ne figurant pas sur une liste cantonale des hôpitaux, l'assurance salto prend en charge les montants suivants par accouchement:

90% des frais jusqu'à concurrence de CHF 1 000.-

5 Assistance à l'étranger

5.1 Prestations d'assistance supplémentaires

En cas de voyages d'une durée atteignant jusqu'à 100 jours par année civile, des contributions d'assistance prennent en charge dès le début du voyage une partie des traitements hospitaliers, des voyages de visite et des rapatriements, frais de transport et actions de sauvetage non couverts.

CHF 50 000.- au maximum

En sont exceptées les participations aux frais et les quotes-parts.

5.2 Voyage de visite et voyage de retour spécial

Lorsqu'une personne assurée tombe gravement malade à l'étranger ou y subit un accident grave et qu'elle doit être hospitalisée pour une durée supérieure à 7 jours, l'assureur organise et paie le voyage d'une personne proche de la personne assurée pour lui rendre visite (billet de train en 1^{re} classe, billet d'avion en classe économique).

Lorsqu'une personne assurée doit, en cas de nécessité médicale, être transportée de l'étranger vers un hôpital approprié dans le canton de résidence pour y suivre un traitement hospitalier, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence organise le voyage de retour spécial des membres de la famille voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

Lorsqu'une personne assurée tombe malade ou subit un accident et qu'elle ne peut pas effectuer le voyage de retour prévu en raison d'une hospitalisation, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence organise le voyage de retour spécial de la personne assurée, des membres de la famille voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

5.3 Avance de fonds à un hôpital

Lorsqu'une personne assurée doit être hospitalisée à l'étranger, l'assureur avance au besoin les frais hospitaliers jusqu'à concurrence du montant suivant:

CHF 20 000.- au maximum

Lorsqu'une partie du montant avancé n'est pas couverte par l'assurance existante, elle sera facturée à la personne assurée. Le montant exigé devra être remboursé dans les 30 jours.

5.4 Information de personnes à domicile

Dans le cas où des mesures auraient été organisées par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence, cette dernière renseigne les proches parents de la personne assurée sur l'état des faits et les mesures prises.

5.5 Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger

La Helpline 24h/24 en cas d'urgence fournit à ses assurés au besoin les coordonnées d'un médecin ou d'un hôpital dans la région où ils se trouvent. En présence de difficultés à se faire comprendre, elle assure un service de traduction.

5.6 Conseils médicaux par des médecins

Si une personne assurée, pendant son voyage, nécessite un avis médical qu'il lui est impossible d'obtenir localement, les médecins de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence lui donneront des conseils médicaux.

Cette consultation ne doit être considérée que comme conseil et en aucun cas comme diagnostic.

5.7 Prestations exclues

En plus des limitations de prestations prévues par les dispositions communes de Sympany Assurances SA, il n'y a aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les maladies et suites d'accidents qui ont existé au moment d'entreprendre le voyage ou dont la survenance était perceptible pour la personne assurée au moment d'entreprendre le voyage et pour lesquelles un traitement médical était prévisible,
- b) lorsque la personne assurée s'est rendue à l'étranger, pour y suivre un traitement, y recevoir des soins ou y accoucher,
- c) pour les actions de recherche, rapatriements, voyages de visite ou voyages de retour spéciaux qui n'ont pas été autorisés au préalable par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence.

Lorsque le transport d'urgence ou le rapatriement est rendu impossible par des circonstances extérieures comme des grèves, émeutes, actes de violence, gros sinistres industriels, la radioactivité, des catastrophes naturelles, maladies épidémiques ou la force majeure, l'organisation et l'exécution de ces transports ne peuvent pas être exigées.

5.8 Obligations en cas de sinistre

5.8.1 Information de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence

En cas de maladie subite, d'accident et d'accouchement prématuré en Suisse et à l'étranger, qui nécessitent une hospitali-

sation ou des mesures de secours, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence doit, dans tous les cas, être avisée immédiatement.

5.8.2 Dégagement de l'obligation de garder le secret

La personne assurée délève du secret professionnel envers la Helpline 24h/24 en cas d'urgence et de l'assureur les médecins traitants et les autres personnes médicales ainsi que les assureurs.

5.8.3 Exercice du droit aux prestations

La personne assurée doit faire valoir son droit aux prestations dans les plus brefs délais auprès de la caisse et mettre à la disposition de cette dernière toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires. Seules les factures originales détaillées et lisibles sont acceptées. Lorsque les détails de la facture sont insuffisants et si les renseignements complémentaires demandés ne sont pas fournis, les prestations seront fixées d'après une appréciation conforme aux obligations.

5.8.4 Imputation des billets de train ou d'avion

Les billets de train ou d'avion non utilisés doivent être envoyés à la caisse sans qu'elle ait besoin de le demander. Si des billets devenus inutiles sont vendus ou remboursés par des tiers, les indemnités reçues sont imputées sur les prestations d'assurance. En cas d'inobservation de cette obligation, l'assureur peut exiger de l'assuré concerné la restitution du montant fixé d'après son appréciation conforme aux obligations ou compenser ce montant avec le droit aux prestations.

6 Complément accident

Consécutivement à un séjour hospitalier par suite d'accident, les moyens auxiliaires nécessaires au traitement des suites de l'accident sont pris en charge conformément à la pratique de l'assurance-accidents obligatoire.

Sont pris en charge dans la même mesure les frais pour les moyens auxiliaires qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps, si ces moyens ont été endommagés en relation avec un accident ayant nécessité un traitement hospitalier.

Une participation de 10% est perçue sur ces prestations.

7 Prévention

7.1 Vaccinations

Pour les frais de vaccinations qui servent de protection contre les maladies infectieuses, les montants suivants sont remboursés:

90% des frais effectifs, CHF 220.- au maximum par année civile

Toutefois, aucune prestation n'est allouée pour les vaccinations qui sont effectuées pour des raisons professionnelles, dont l'efficacité est contestée sur le plan médical ou qui ne se trouvent qu'au stade de la recherche.

7.2 Examen gynécologique préventif

Par année civile, les frais d'un examen gynécologique préventif sont assurés au tarif LAMaI, dans la mesure où aucune prestation correspondante d'une assurance LAMaI n'est allouée au cours de cette année civile.

Une participation de 10% est perçue sur cette prestation.

7.3 Remise en forme

Les frais justifiés par un cours reconnu par la caisse pour apprendre un comportement favorable à la santé (p.ex. sevrage antitabagique, école du dos, conseil en diététique) sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants suivants:

CHF 150.- au maximum par année civile

La caisse désigne les cours et institutions reconnus en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé. La liste des cours et institutions reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

7.4 Conserver la forme

Des contributions peuvent être versées pour d'autres mesures préventives reconnues, telles que le sport, le fitness et les cours de relaxation jusqu'à concurrence des montants suivants:

CHF 200.- au maximum par année civile

La caisse désigne les institutions, les mesures préventives, les contributions aux frais et les limites de prestations reconnues. La liste des institutions, mesures préventives, contributions aux frais et limites de prestations reconnues est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

8 Moyens auxiliaires

8.1 Aides visuelles

Pour les coûts des verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, la contribution suivante est versée:

CHF 420.- en 3 années civiles

8.2 Autres moyens auxiliaires

Pour les frais de location ou d'achat de moyens auxiliaires nécessaires et adaptés à l'état de santé pour lesquels aucune prestation n'est allouée dans le cadre de l'assurance base, les frais peuvent être remboursés, en présence d'une indication médicale.

50%, jusqu'à concurrence de CHF 250.- par année civile

La caisse désigne les moyens auxiliaires reconnus. La liste des moyens auxiliaires reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de ces moyens auxiliaires.

9 Soins dentaires/dents de sagesse

9.1 Généralités

L'assurance couvre les frais d'extraction de dents de sagesse. Lorsque le traitement a lieu en milieu hospitalier, les frais sont pris en charge jusqu'à concurrence du forfait journalier conventionnel de la division commune dans le canton de résidence. Une quote-part de 10% est perçue sur ces prestations.

9.2 Fournisseurs de prestations et tarif

Le remboursement a lieu selon le tarif valable pour les prestations dentaires de l'assurance obligatoire des soins. Si le médecin-dentiste applique un tarif supérieur à celui de

l'assurance obligatoire des soins, la différence va à la charge de la personne assurée.

Sont réputés médecins-dentistes les titulaires du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou les dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat scientifique.

9.3 Traitement à l'étranger

Les traitements à l'étranger sont pris en charge dans la mesure où les spécialistes médicaux disposent d'une formation équivalente à celle de la Suisse et que les frais ne dépassent pas ceux qui seraient encourus en Suisse.

10 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

10.1 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

10.1.1 Etendue des prestations

Pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat dans l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement et de recherche, une contribution est versée jusqu'à concurrence de

CHF 40 000.- par année civile

Si des frais plus élevés sont occasionnés, salto alloue via l'assistance des prestations complémentaires pour les frais de transport et les actions de sauvetage.

Les transports dans des aéronefs ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

10.1.2 Quote-part

La personne assurée doit assumer elle-même pour chaque cas la franchise suivante:

CHF 100.-

10.1.3 Prestations de tiers

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Demeurent réservés les accords contractuels contraires.

11 Variante salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

11.1 Principe

Dans la variante prévoyant un rabais en cas de non-recours aux prestations, un rabais de prime est accordé lorsque la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation.

11.2 Période d'observation

Est considérée comme période d'observation la période du 1^{er} septembre ou à partir du début de l'assurance jusqu'au 31 août suivant. Est déterminante pour le calcul des presta-

tions au cours de la période d'observation la date de traitement d'une facture.

11.3 Niveaux de rabais

Dans la catégorie d'assurance salto, les niveaux de rabais ou primes suivants sont mis en œuvre:

Niveau de rabais RNRP salto	Prime avec rabais en cas de non-recours aux prestations salto
0	Prime ordinaire salto +20%
1	Prime ordinaire salto
2	Prime ordinaire salto -30%

La prime de l'assurance salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations est mentionnée sur la police d'assurance. L'assureur peut introduire de nouveaux niveaux de rabais pour le début d'une nouvelle période d'assurance ou adapter les rabais à l'évolution des frais.

11.4 Adaptation du niveau en cas de non-recours aux prestations

Dans l'assurance salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations, si la personne assurée bénéficiant du même niveau de rabais pendant trois périodes d'observation successives n'a pas touché de prestations, le niveau de rabais est adapté d'un niveau à partir du 1^{er} janvier de la 4^e année, dans la mesure où la personne assurée ne se trouve pas déjà dans le degré avec rabais maximal.

11.5 Adaptation du niveau en cas de recours aux prestations

Si la personne assurée a sollicité des prestations au cours d'une période d'observation, l'adaptation d'un niveau a lieu au 1^{er} janvier de l'année suivante (au maximum jusqu'au niveau de rabais 0).

11.6 Prestations de maternité

Les frais de traitement hospitalier par suite de maternité n'entrent pas dans le calcul ou ne sont pas considérés comme recours aux prestations et n'ont par conséquent pas d'effet sur l'adaptation du niveau.

11.7 Augmentation d'assurance

Le passage de salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations à salto ordinaire n'est possible qu'avec une déclaration sur l'état de santé. En sont exceptés les assurés dans le niveau de rabais maximal n'ayant pas eu recours aux prestations durant la période d'observation actuelle.