



Assurance complémentaire Conditions particulières (CP) plus et premium

Edition 2021

Table des matières

plus et premium			
1	Bases de l'assurance	Page	3
1.1	But		
1.2	Assureur responsable		
1.3	Dispositions communes		
1.4	Personnes assurées		
1.5	Conditions en matière de prestations		
1.6	Prestations à l'étranger		
2	Traitement médical	Page	3
2.1	Traitement hors du lieu de résidence et de travail		
2.2	Traitement par des médecins non soumis à la LAMal		
2.3	Traitements médicaux à l'étranger		
2.3.1	Traitement volontaire		
2.3.2	Traitement d'urgence		
2.3.3	Durée des prestations		
3	Prévention	Page	3
3.1	Vaccinations		
3.2	Check-up		
3.3	Examens gynécologiques préventifs		
3.4	Maternité		
3.4.1	Préparation à l'accouchement		
3.4.2	Indemnité d'allaitement		
3.5	Remise en forme		
3.6	Conserver la forme		
4	Moyens auxiliaires	Page	4
4.1	Aides visuelles		
4.2	Autres moyens auxiliaires		
5	Soins dentaires	Page	4
5.1	Dents de sagesse		
5.2	Prestations pour enfants et adolescents		
5.3	Prestations des collectivités publiques		
5.4	Fournisseurs de prestations et tarif		
5.5	Traitement à l'étranger		

Table des matières

plus et premium			
6	Médecine alternative	Page	5
6.1	Limite globale maximale		
6.2	Traitement médical		
6.3	Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative		
6.4	Prestations à l'étranger		
6.5	Remèdes naturels		
6.6	Restrictions en matière de prestations		
6.7	Conditions en matière de prestations		
7	Médicaments hors liste	Page	5
8	Stations thermales	Page	5
9	Traitement psychothérapeutique	Page	6
9.1	Etendue des prestations		
9.2	Conditions en matière de prestations		
9.3	Relation avec l'assurance obligatoire des soins		
10	Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, frais de déplacement	Page	6
10.1	Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence		
10.1.1	Étendue des prestations		
10.1.2	Prestations de tiers		
10.2	Frais de déplacement		
11	Participation aux frais	Page	6

plus et premium

1 Bases de l'assurance

1.1 But

plus, plus natura, premium et premium natura allouent des prestations pour des traitements médicaux ambulatoires hors du lieu de résidence ou de travail, des mesures préventives, des moyens auxiliaires, des traitements de prophylaxie dentaire et des soins d'orthodontie chez les enfants, des méthodes curatives et thérapeutiques de la médecine alternative, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, des médicaments hors liste et versent une indemnité d'allaitement.

La formule premium fournit en principe des prestations à l'étranger également. Cette formule assure en plus les frais non couverts selon la LAMal en cas de traitement par des médecins qui ne se sont pas soumis à la LAMal.

Les variantes natura fournissent des prestations augmentées dans le domaine de la médecine alternative.

Sauf stipulation contraire, les prestations et dispositions de plus natura correspondent à celles de plus, celles de premium natura à celles de premium.

Les prestations sont allouées en règle générale après celles de toutes les autres catégories d'assurance de ces CGA.

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins (base) priment celles servies par la présente catégorie d'assurance.

1.2 Assureur responsable

L'organisme d'assurance est la compagnie Sympany Assurances SA, Bâle (ci-après dénommée «l'assureur»).

1.3 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des dispositions de plus ou premium. En cas de divergences, les dispositions de plus ou premium l'emportent sur les dispositions communes.

1.4 Personnes assurées

La formule plus peut être conclue par les personnes sans limite d'âge et premium jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

1.5 Conditions en matière de prestations

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.

1.6 Prestations à l'étranger

À défaut d'une réglementation particulière contraire et sauf dans la variante casamed, les prestations de premium sont également servies à l'étranger.

2 Traitement médical

2.1 Traitement hors du lieu de résidence et de travail

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 sont couverts intégralement au tarif LAMal applicable au lieu de traitement, et ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance base.

2.2 Traitement par des médecins non soumis à la LAMal

L'assurance premium alloue des prestations selon le tarif LAMal reconnu lors de consultations privées ambulatoires chez des médecins-chefs d'hôpitaux universitaires et de traitements par des médecins non assujettis à la LAMal.

2.3 Traitements médicaux à l'étranger

2.3.1 Traitement volontaire

En cas de traitement médical à l'étranger, les frais sont pris en charge par la formule premium jusqu'à concurrence du double du montant du tarif LAMal applicable au lieu de résidence de la personne assurée. Les assurés global bénéficient d'une couverture intégrale des coûts au tarif pratiqué localement.

2.3.2 Traitement d'urgence

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

2.3.3 Durée des prestations

Dans la mesure où les dispositions de l'assurance plus et de l'assurance premium ne prévoient pas de réglementation contraire, les prestations sont versées sans limite de durée.

3 Prévention

3.1 Vaccinations

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

80%, jusqu'à concurrence de CHF 220.-

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.

3.2 Check-up

La contribution suivante est remboursée par année civile pour les coûts effectifs des examens de check-up:

plus	au maximum CHF 300.-
premium	au maximum CHF 600.-

3.3 Examens gynécologiques préventifs

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

3.4 Maternité

3.4.1 Préparation à l'accouchement

Pour chaque grossesse, les frais justifiés d'un cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique postnatale), dispensé par une personne qualifiée, sont pris en charge jusqu'à concurrence de:

CHF 200.-

3.4.2 Indemnité d'allaitement

Il existe le droit à une indemnité d'allaitement. L'indemnité d'allaitement est versée lorsque la mère assurée allaite son enfant pendant dix semaines, que l'enfant soit ou non entièrement nourri par allaitement.

CHF 250.-

3.5 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:

plus	CHF 150.- au maximum par année civile
premium	CHF 250.- 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.

3.6 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:

plus	CHF 200.- au maximum par année civile
premium	CHF 300.- 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.

4 Moyens auxiliaires

4.1 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:

plus	CHF 270.- au total en 3 années civiles
premium	CHF 420.- au total en 3 années civiles

La contribution suivante est versée aux enfants âgés de moins de 18 ans:

plus	CHF 270.- au total par année civile
premium	CHF 420.- au total par année civile

4.2 Autres moyens auxiliaires

Pour les frais de location ou d'achat de moyens auxiliaires reconnus 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.

5 Soins dentaires

5.1 Dents de sagesse

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 domicile.

5.2 Prestations pour enfants et adolescents

Le droit aux prestations ci-après existe pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 25 ans.

Les frais d'un examen de contrôle, y compris les radiographies, sont pris en charge jusqu'à concurrence du montant suivant, dans la mesure où aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique, etc.) ne doit être effectué en même temps:

CHF 60.- par année civile

Les frais pour les traitements d'orthopédie dento-faciale selon le tarif reconnu sont pris en charge selon les modalités suivantes:

plus	70%, jusqu'à concurrence de CHF 10'000.-
premium	70%, jusqu'à concurrence de CHF 15'000.-

Ces prestations sont versées pour des traitements après une durée d'assurance d'au moins deux ans.

Lorsqu'une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat, l'assureur renonce à un délai d'attente, pour autant qu'un parent au moins soit également assuré auprès de Sympany. Les prestations touchées auprès d'anciens assureurs sont imputées sur les prestations mentionnées ci-dessus, pour autant qu'aucune réserve n'ait été prononcée sur l'ensemble de la prestation. L'octroi de la prestation est subordonné à la présentation d'un diagnostic de l'anomalie de positionnement existante, des moyens de traitement prévus et d'un devis.

5.3 Prestations des collectivités publiques

Les prestations sont allouées à titre complémentaire aux prestations éventuelles des cantons et communes selon leur législation sur les soins dentaires publiques. Les contributions des cantons et communes sont imputées sur les prestations de cette catégorie d'assurance.

5.4 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.

5.5 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.

6 Médecine alternative

6.1 Limite globale maximale

Dans le domaine de la médecine alternative, les limites globales suivantes s'appliquent pour les traitements médicaux, les méthodes thérapeutiques reconnues et les produits thérapeutiques naturels:

plus	CHF 3'000.- par année civile
plus natura	CHF 6'000.- par année civile
premium	CHF 6'000.- par année civile
premium natura	CHF 10'000.- par année civile

6.2 Traitement médical

Dans le cadre des formules plus et premium, la caisse prend en charge les coûts du traitement médical selon la méthode suivante de la médecine alternative:

- méthodes de la médecine empirique.

La caisse désigne les méthodes de la médecine empirique reconnue, les tarifs et les limites des prestations. La liste des méthodes reconnues, tarifs et limites de prestations est adaptée ou complétée au fur et à mesure. Elle peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

6.3 Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative

Dans le cadre des formules plus et premium, la caisse alloue des contributions dans le domaine de la médecine alternative lorsque tant la méthode thérapeutique que le thérapeute ou le naturopathe sont reconnus par la caisse. Les contributions suivantes sont versées:

plus et premium	50% des frais justifiés
plus natura et premium natura	80% des frais justifiés

Pour les frais justifiés de méthodes non reconnues pratiquées par des personnes qualifiées, les contributions allouées dans le cadre des formules plus natura et premium natura s'établissent comme suit:

plus natura	50%, jusqu'à max. CHF 1'000.- au total par année civile
premium natura	50%, jusqu'à max. CHF 2'000.- au total par année civile

Aucune prestation n'est servie pour les formes thérapeutiques ainsi que les traitements effectués par des thérapeutes qui figurent dans la liste négative (LN) de l'assureur.

La caisse désigne les formes thérapeutiques reconnues, les thérapeutes reconnus ainsi que les limites des prestations.

La caisse peut fixer le nombre de séances en fonction de la nécessité médicale.

La liste des formes thérapeutiques, des thérapeutes reconnus et des limites des prestations est adaptée ou complétée au fur et à mesure. Elle peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

6.4 Prestations à l'étranger

Les traitements de la médecine alternative, appliqués dans un pays limitrophe à la Suisse, sont couverts avec plus natura et premium natura aux conditions ci-dessus jusqu'à concurrence du tarif usuel au lieu de traitement. Cette disposition ne s'applique pas aux assurés de la variante casamed.

6.5 Remèdes naturels

Dans les formules plus et premium, 80% des frais de remèdes phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments sont pris en charge par la caisse, pour autant que ceux-ci ne soient pas couverts par l'assurance base et qu'ils ne figurent pas dans la liste négative (LN) de la caisse.

6.6 Restrictions en matière de prestations

Les prestations dans le domaine de la médecine alternative sont limitées par:

- la limite globale,
- les limites des prestations (nombre de séances thérapeutiques, montant maximal par heure de thérapie, tarif),
- la liste des méthodes thérapeutiques alternatives reconnues par la caisse,
- la liste des thérapeutes et naturopathes reconnus par la caisse,
- les participations aux frais,
- la limitation dans le temps (par année civile).

6.7 Conditions en matière de prestations

Les prestations sont allouées après demande préalable à la caisse. L'examen de l'indication médicale et de la qualification des médecins et thérapeutes par le médecin-conseil demeure réservé. La caisse peut refuser les prestations lorsque la personne assurée touche simultanément, pour la même maladie, des prestations pour un traitement relevant de la médecine alternative dans cette catégorie d'assurance ou dans une autre.

7 Médicaments hors liste

Les frais de médicaments prescrits par un médecin qui sont autorisés par la caisse et l'Institut suisse des produits thérapeutiques et qui ne figurent ni dans la liste des médicaments avec tarif (LMT) ni dans la liste des spécialités (LS) selon la LAMal ou encore dans la liste négative (LN) de l'assureur, sont pris en charge comme suit par année civile:

plus	80%, jusqu'à concurrence de CHF 3'000.- par année civile
premium	90%, jusqu'à concurrence de CHF 6'000.- par année civile

8 Stations thermales

Pour les fréquentations de stations thermales ordonnées par un médecin, la contribution allouée par année civile est la suivante:

50% des frais pour 12 entrées au maximum
--

9 Traitement psychothérapeutique

9.1 Étendue des prestations

En cas de traitement de maladies psychiques par des psychothérapeutes qualifiés, mais non-médecins qui sont au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant, l'assurance alloue les prestations suivantes:

plus	50%, jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par année civile
premium	50%, jusqu'à concurrence de CHF 2'000.- par année civile

9.2 Conditions en matière de prestations

Les prestations sont allouées après acceptation de la demande de garantie de prise en charge par le médecin-conseil de la caisse.

Aucune prestation n'est accordée pour les psychothérapies pratiquées en vue de la réalisation de soi-même, du développement de la personnalité ou à des fins d'études. En outre, aucune prestation n'est servie pour un traitement parallèle chez un autre psychologue ou psychiatre.

9.3 Relation avec l'assurance obligatoire des soins

Les prestations psychothérapeutiques ne sont allouées dans le cadre de cette catégorie d'assurance que jusqu'au moment où elles sont couvertes par l'assurance base au titre des prestations obligatoires.

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

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

10.1.1 Étendue 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,
- pour les opérations de sauvetage et de dégagement, la contribution suivante est

100% des coûts

La contribution suivante est versée pour couvrir les frais d'actions de recherche:

CHF 100'000.- par année civile

Pour les assurés hospita, les coûts des transferts d'urgence, des rapatriements et des opérations de sauvetage organisées par le numéro d'urgence Sympany 24 h, sont intégralement pris en charge.

Les transports par voie aérienne ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont indispensables pour des raisons médicales ou techniques.

10.1.2 Prestations de tiers

S'il existe une adhésion (contributions de donateur) à une garde aérienne de sauvetage ou à des organisations similaires, les coûts sont pris en charge uniquement dans la

mesure où ils ne sont pas supportés par ces organisations. Sous réserve d'accords contractuels divergents.

10.2 Frais de déplacement

Lorsqu'un traitement médical ne peut pas être assuré au lieu de résidence ou dans les environs immédiats de ce dernier et que le patient doit dès lors se déplacer régulièrement hors de son lieu de résidence pour se soumettre à son traitement, les contributions versées au titre des frais de déplacement (transports publics et taxis) s'établissent comme suit:

plus	jusqu'à CHF 100.- au maximum par année civile
premium	jusqu'à CHF 400.- au maximum par année civile

11 Participation aux frais

Une participation de 10% est perçue sur les prestations de cette catégorie d'assurance, pour autant qu'elles ne soient pas limitées ou que les dispositions particulières ne stipulent pas le contraire. En cas de traitement médical volontaire à l'étranger (premium), une franchise annuelle à hauteur de la franchise ordinaire selon la LAMal est perçue pour les personnes assurées à partir de l'âge de 18 ans. Cette franchise est également appliquée pour les prestations de maternité.