

Édition 2022



Assurance complémentaire

Conditions particulières (CP)
supplément général et supplément privé

Conditions particulières (CP)

supplément général et supplément privé

selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Chapitre	Page	Chapitre	Page
1 Bases de l'assurance	3	6 Médecine alternative	5
1.1 But		6.1 Méthodes de la médecine empirique	
1.2 Assureur responsable		6.2 Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative	
1.3 Conditions générales d'assurance (CGA)		6.3 Prestations supplémentaires servies par le supplément privé	
1.4 Personnes assurées		6.4 Remèdes naturels	
1.5 Droit de passage dans des catégories d'assurance analogues		6.5 Montant maximal des prestations	
1.6 Conditions en matière de prestations		6.6 Conditions en matière de prestations	
1.7 Prestations à l'étranger		7 Médicaments hors liste	6
2 Traitement médical	3	8 Stations thermales	6
2.1 Traitement hors du lieu de résidence et de travail		9 Traitement psychothérapeutique	6
2.2 Traitement par des médecins non soumis à la LAMal		9.1 Etendue des prestations	
2.3 Consultation privée chez des médecins d'hôpital non soumis à la LAMal		9.2 Conditions en matière de prestations	
2.4 Traitements médicaux à l'étranger		9.3 Relation avec l'assurance obligatoire des soins	
2.4.1 Traitement volontaire		10 Frais de transport, opérations de recherche, de sauvetage et de dégagement, frais de déplacement	7
2.4.2 Traitement d'urgence		10.1 Frais de transport, opérations de recherche, de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence	
2.5 Durée des prestations		10.1.1 Etendue des prestations	
3 Prévention	4	10.1.2 Participation	
3.1 Vaccinations		10.1.3 Actions de recherche	
3.2 Check-up		10.2 Frais de déplacement	
3.3 Examens gynécologiques préventifs		11 Participation aux frais	7
3.4 Maternité		12 Classes d'âge	7
3.4.1 Préparation à l'accouchement			
3.4.2 Indemnité d'allaitement			
3.5 Etre en forme			
3.6 Rester en forme			
4 Moyens auxiliaires	4		
4.1 Aides visuelles			
4.2 Autres moyens auxiliaires			
5 Traitement dentaire	5		
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			

allsupplément général et supplément privé

1 Bases de l'assurance

1.1 But

Le **supplément général** et le **supplément privé** allouent des prestations pour des traitements médicaux ambulatoires hors du lieu de résidence ou de travail, des mesures préventives, des moyens auxiliaires, des traitements dentaires, 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.

Le **supplément privé** assure par ailleurs les frais non couverts selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en cas de traitements effectués par des médecins qui ne se sont pas soumis à la LAMal. Il alloue en outre des contributions pour les prestations de la médecine alternative à l'étranger et les frais de déplacement.

Les prestations sont généralement versées après toutes les autres catégories d'assurance des présentes CGA Conditions générales d'assurance (CGA).

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins (ci-après «assurance de base») priment sur celles de cette catégorie d'assurance.

1.2 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Versicherungen AG, Bâle (désignée ci-après par assureur).

1.3 Conditions générales d'assurance (CGA)

Les Conditions générales d'assurance de Sympany Versicherungen AG font partie intégrante des dispositions de **supplément général** et/ou **supplément privé**. En cas de divergences, les Conditions particulières de **supplément général** et/ou **supplément privé** priment sur les Conditions générales d'assurance.

1.4 Personnes assurées

Le **supplément général** peut être conclu par les personnes sans limite d'âge et le **supplément privé** jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

1.5 Droit de passage dans des catégories d'assurance analogues

Il existe un droit de passage des assurés **supplément général** dans **plus natura** ou **plus**, ainsi que des assurés **supplément privé** dans **premium natura** ou **premium**. Le passage est possible au 1^{er} janvier de l'année suivante.

1.6 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 par l'assureur. Il convient de se renseigner auprès de l'assureur sur la reconnaissance des personnes correspondantes.

1.7 Prestations à l'étranger

A défaut d'une réglementation particulière contraire, les prestations du **supplément privé** sont également servies à l'étranger.

2 Traitement médical

2.1 Traitement hors du lieu de résidence et de travail

Les traitements effectués par des médecins de caisse LAMal en dehors du lieu de résidence ou de travail de la personne assurée sont entièrement couverts par l'assurance de base, après les prestations, conformément au tarif LAMal en vigueur sur le lieu du traitement.

2.2 Traitement par des médecins non soumis à la LAMal

Le **supplément privé** alloue des prestations selon le tarif LAMal pour les traitements effectués par des médecins qui ne se sont pas soumis à la LAMal.

50 heures au maximum sont remboursées au titre des traitements psychothérapeutiques.

2.3 Consultation privée chez des médecins d'hôpital non soumis à la LAMal

Le **supplément privé** alloue des prestations selon le tarif reconnu pour les consultations privées chez des médecins-chefs d'un hôpital universitaire, qui ne se sont pas soumis à la LAMal.

50 heures au maximum selon le tarif LAMal sont remboursées par le **supplément privé** au titre des traitements psychothérapeutiques.

2.4 Traitements médicaux à l'étranger

2.4.1 Traitement volontaire

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

50 heures au maximum sont remboursées au titre des traitements psychothérapeutiques.

2.4.2 Traitement d'urgence

En cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, **supplément général** et **supplément privé** couvrent la totalité des coûts après les prestations de l'assurance de base.

2.5 Durée des prestations

Dans la mesure où les dispositions du **supplément général** et du **supplément privé** 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 frais effectifs suivants par année civile sont remboursés

90%, jusqu'à concurrence de CHF 200.-

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

Si l'assurance de base est conclue auprès du groupe Sympany, la contribution suivante est versée au titre des frais attestés d'un examen de check-up après chaque période de deux années civiles consécutives sans recours à l'assurance de base.

supplément général	90% des frais, au maximum CHF 300.-
supplément privé	90% des frais, 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 selon la LAMal n'est allouée au cours de cette année civile.

3.4 Maternité

3.4.1 Préparation à l'accouchement

Les frais justifiés d'un cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique post-natale), dispensé par une personne qualifiée, sont pris en charge par grossesse jusqu'à concurrence du montant suivant:

CHF 200.-

3.4.2 Indemnité d'allaitement

Il existe le droit à une indemnité d'allaitement de

CHF 250.-

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.

3.5 Etre en forme

Pour les frais justifiés d'un cours ordonné par un médecin et dispensé par des personnes qualifiées en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé (p. ex. désintoxication tabagique, gymnastique du dos, conseils diététiques), la contribution suivante est versée par période de deux années civiles:

supplément général	90% des frais, au maximum CHF 300.-
supplément privé	90% des frais, au maximum CHF 500.-

L'assureur désigne les cours reconnus en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé. La liste des cours reconnus est adaptée ou complétée de façon continue et peut être consultée à tout moment auprès de l'assureur.

3.6 Rester en forme

Des contributions peuvent être versées pour d'autres mesures préventives reconnues.

4 Moyens auxiliaires

4.1 Aides visuelles

Pour les frais de verres de lunettes et de lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, la contribution suivante est versée aux personnes assurées âgées de 18 ans et plus sur une période de 5 années civiles:

supplément général	CHF 270.-
supplément privé	CHF 420.-

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

supplément général	CHF 270.-
supplément privé	CHF 420.-

4.2 Autres moyens auxiliaires

Les coûts de location ou d'achat de moyens auxiliaires reconnus et pour lesquels aucune prestation n'est versée depuis l'assurance de base peuvent être remboursés en cas d'indication médicale:

50%, des frais, au maximum CHF 250.- par année civile

L'assureur désigne les moyens auxiliaires reconnus. La liste des moyens auxiliaires reconnus est adaptée ou complétée de façon continue et peut être consultée à tout moment auprès de l'assureur.

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

5 Traitement dentaire

5.1 Dents de sagesse

L'assurance couvre les coûts d'extraction des 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:

- Pour les frais d'un examen de contrôle, y compris les radiographies, le montant suivant est remboursé, dans la mesure où aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique, etc.) ne doit être effectué en même temps

CHF 60.- par année civile

- Pour les frais pour les traitements d'orthopédie dentofaciale selon tarif reconnu:

supplément général	70% des frais, au maximum CHF 5'000.-
supplément privé	70% des frais, au maximum CHF 12'000.-

Ces prestations sont versées pour des traitements après une durée d'assurance d'au moins trois ans. 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. Si une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat, l'assureur renonce à un délai de carence, pour autant qu'au moins un des parents soit également assuré auprès du groupe 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.

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 plus élevé 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 pour autant que les praticiens disposent d'une formation équivalente à la formation suisse et que les frais n'excèdent pas ceux pratiqués en Suisse.

6 Médecine alternative

6.1 Méthodes de la médecine empirique

En présence d'une indication médicale, les frais des méthodes de la médecine empirique pratiquées par un médecin sont pris en charge. Les méthodes reconnues et les limites des prestations sont fixées dans une liste établie par l'assureur.

6.2 Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative

L'assureur verse des contributions dans le domaine de la médecine alternative lorsque tant la méthode thérapeutique que la/le thérapeute qui l'applique ou la/le naturopathe sont reconnu(e)s par l'assureur. Les contributions suivantes sont versées:

supplément général	jusqu'à concurrence de CHF 70.- par heure de thérapie (60 minutes)
supplément privé	jusqu'à concurrence de CHF 100.- par heure de thérapie (60 minutes)

L'assureur désigne les formes thérapeutiques reconnues et les thérapeutes reconnus. La liste des formes thérapeutiques et thérapeutes reconnus est adaptée ou complétée de façon continue. La liste des formes thérapeutiques et thérapeutes Elle peut être consultée en tout temps auprès de l'assureur. Aucune prestation n'est servie pour les formes thérapeutiques ainsi que les traitements effectués par des thérapeutes qui figurent dans la liste négative de l'assureur.

L'assureur fixe, en fonction de la nécessité médicale, le nombre d'heures pour lesquelles des contributions sont versées.

6.3 Prestations supplémentaires servies par le supplément privé

Pour les frais justifiés d'autres traitements effectués par des personnes qualifiées, le **supplément privé** sert une contribution jusqu'à concurrence de

CHF 50.- par heure de thérapie (60 minutes) et jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par année civile.

Les traitements de la médecine alternative, appliqués dans un pays limitrophe à la Suisse, sont couverts aux conditions ci-dessus jusqu'à concurrence du tarif usuel au lieu de traitement.

6.4 Remèdes naturels

L'assureur prend en charge 90% des coûts des médicaments phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligosols, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas couverts par l'assurance de base et ne figurent pas sur la liste négative de l'assureur.

6.5 Montant maximal des prestations

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

- le montant de la contribution par séance thérapeutique d'une heure,
- le nombre de séances thérapeutiques d'une heure,
- la liste des méthodes thérapeutiques alternatives reconnues par l'assureur,
- la liste des thérapeutes et naturopathes reconnus par l'assureur,
- la participation aux frais du traitement médical et des remèdes naturels,
- la limitation dans le temps (par année civile).

Aucune participation supplémentaire n'est perçue pour les formes thérapeutiques avec des montants limités.

Le total des prestations servies dans le domaine de la médecine alternative s'élève au maximum à:

supplément général	CHF 3'000.- par année civile
supplément privé	CHF 6'000.- par année civile

6.6 Conditions en matière de prestations

Les prestations sont versées sur demande préalable à l'assureur. L'examen de l'indication médicale et de la qualification des médecins et thérapeutes par le médecin-conseil demeure réservé. Les prestations peuvent être soumises à la condition qu'aucun traitement parallèle n'ait lieu en même temps.

7 Médicaments hors liste

Sont pris en charge comme suit par année civile les frais de médicaments prescrits par un médecin, qui sont autorisés par l'assureur et l'Institut suisse des produits thérapeutiques et qui ne figurent ni dans la liste des médicaments avec tarif, ni dans la liste des spécialités

supplément général	50%, jusqu'à concurrence de CHF 2'500.-
supplément privé	90%, jusqu'à concurrence de CHF 5'000.-

8 Stations thermales

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

50% des frais de 12 entrées au maximum

9 Traitement psychothérapeutique

9.1 Etendue des prestations

L'assureur verse des prestations pour le traitement de maladies psychiques par des psychothérapeutes qualifiés non-médecins qui sont en possession de l'autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant, jusqu'à concurrence de 100 heures de traitement:

Pour les 50 premières heures, au maximum CHF 60.-

Pour les heures subséquentes, au maximum CHF 50.-

9.2 Conditions en matière de prestations

Les prestations sont versées après acceptation de la demande de garantie de prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

À l'expiration du nombre d'heures de thérapie autorisé par l'assureur, mais au plus tard à l'expi-

ration des 50 premières heures de thérapie, le thérapeute doit faire un nouveau rapport au médecin-conseil sur le déroulement et la planification de la thérapie.

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. Par ailleurs, aucune prestation n'est versée pour un traitement parallèle auprès d'un(e) autre psychologue ou d'un(e) autre psychiatre.

9.3 Relation avec l'assurance obligatoire des soins

Des prestations psychothérapeutiques ne sont allouées dans le cadre de cette catégorie d'assurance que jusqu'au moment où elles sont admises au titre des prestations obligatoires dans l'assurance base et qu'elles sont couvertes par celle-ci.

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

10.1 Frais de transport, opérations de recherche, 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 dans un hôpital approprié du canton de domicile de la personne assurée en vue d'un traitement hospitalier,
- d'opérations de sauvetage et de dégagement, la contribution suivante est versée:

CHF 15'000.- par année civile

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 Participation

La personne assurée doit assumer le montant suivant par cas à titre de participation:

CHF 100.-

10.1.3 Opérations de recherche

En sus des frais de sauvetage ou de dégagement d'une personne assurée, les frais pour des opérations de recherche sont pris en charge jusqu'à concurrence de

CHF 20'000.- par année civile

10.2 Frais de déplacement

Le **supplément général** et le **supplément privé** couvrent des frais qui, durant un traitement médical régulier hors du lieu de résidence, sont occasionnés par l'utilisation des transports publics entre le lieu de résidence et le lieu de traitement.

L'octroi des prestations est soumis à la condition que le traitement ne puisse pas être appliqué au lieu de résidence ou dans les environs proches.

90%, jusqu'à concurrence de CHF 100.- par année civile

Le **supplément privé** couvre des frais de taxi occasionnés par les transports nécessaires en cours d'un traitement ambulatoire et effectués entre le lieu de résidence et le lieu de traitement. L'octroi des prestations est soumis à la condition que des raisons médicales empêchent la personne assurée d'utiliser les transports publics ou son véhicule privé.

90%, jusqu'à concurrence de CHF 400.-* par année civile
* (montant maximal, y compris les frais pour les transports publics)

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 (**supplément privé**), 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.

En cas de traitement de la médecine alternative par des médecins et des thérapeutes, 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.

12 Classes d'âge

Dans cette catégorie d'assurance, le tarif en fonction de l'âge s'applique. Cela signifie que les primes de la catégorie d'assurance augmentent généralement à chaque passage à la classe d'âge supérieure:

Ans					
0 - 18	26 - 30	36 - 40	46 - 50	56 - 60	71 - 80
19 - 25	31 - 35	41 - 45	51 - 55	61 - 70	81+

1042/f/12.2022

+41 58 262 42 00
www.sympany.ch

Une assurance au top.
sympany