

Conditions complémentaires (CC)

# Classic

Assurance complémentaire  
pour les traitements ambulatoires

Edition de janvier 2004  
version 2021

But et bases légales

Classic couvre les frais des traitements ambulatoires selon les conditions ci-après. Les frais sont remboursés après les prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et celles des autres assurances sociales au sens du chiffre 2 des conditions générales d'assurance.

Le risque accidents ne peut pas être exclu.

Les présentes conditions complémentaires se basent sur les conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances complémentaires selon la LCA, édition de janvier 2004.

Prestations

1 Traitements médicaux dans toute la Suisse

Cet article est supprimé.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, les coûts calculés selon le tarif applicable au fournisseur de prestations correspondant pour les traitements médicaux ambulatoires hors du lieu de résidence et de travail constituent une prestation obligatoire de l'assurance de base au sens de l'art 41 de l'assurance obligatoire des soins LAMal.

2 Traitements ambulatoires à l'étranger en cas d'urgence

90% des frais de traitement sont assurés pendant au maximum 180 jours en cas d'urgence à l'étranger. La protection d'assurance s'étend aux traitements ambulatoires dispensés par des médecins et aux traitements ambulatoires sur ordonnance médicale.

3 Médecine alternative

1 Sont assurés à 80%, au maximum jusqu'à concurrence de Fr. 5'000.– par année civile, les frais des traitements dispensés selon les méthodes thérapeutiques de la médecine complémentaire par des:

- médecins,
- pharmaciens ayant une formation supplémentaire correspondante,
- naturopathes admis sur le plan cantonal,
- praticiens en thérapeutiques naturelles NVS (membre à part entière).

2 Les prestations sont fournies dans l'étendue mentionnée, y compris pour d'autres thérapeutes ayant une formation correspondante, pour autant qu'elles aient été prescrites par un médecin.

4 Psychothérapie

Les frais de psychothérapies prescrites par un médecin et dispensées par des psychothérapeutes indépendants sont assurés à 80%, au maximum à hauteur de Fr. 1'000.– par année civile.

5 Médicaments

1 Les frais de médicaments non obligatoires prescrits par un médecin sont assurés à 90%, pour autant que le médicament en question soit enregistré auprès de Swissmedic (Institut suisse des produits thérapeutiques) pour le traitement indiqué.

2 Sanitas tient une liste des médicaments n'étant pas pris en charge. Cette liste est régulièrement actualisée et peut être consultée chez Sanitas; un extrait peut être également demandé.

3 Les médicaments de la médecine alternative assurés selon le chiffre 3 ne sont pas pris en charge.

6 Maternité

Les prestations de maternité suivantes sont couvertes à 80% par l'assurance de la mère, au maximum à hauteur de Fr. 1'000.– par année civile:

- examens de contrôle durant la grossesse (y compris une échographie),
- gymnastique prénatale et postnatale et cours de préparation à l'accouchement,
- succédané de lait pour l'enfant jusqu'à 2 ans révolus en cas de rejet du lait maternel, pour autant qu'il soit prescrit par un médecin et que cette assurance existe également pour l'enfant.

7 Prévention et promotion de la santé

Les frais des mesures préventives suivantes sont assurés à 80%, au maximum à hauteur de Fr. 1'000.– par année civile:

- vaccinations,
- check-up (y compris un test VIH par année civile),
- examens gynécologiques préventifs (y compris une mammographie par année civile),
- ligatures (vasectomie/stérilisation),
- écoles du dos tenues par des physiothérapeutes diplômés, sur prescription médicale,
- désaccoutumance au tabac, sur prescription médicale.

Sanitas participe aux coûts d'autres mesures de promotion de la santé. Les mesures de promotion de la santé et les fournisseurs de prestations reconnus par Sanitas, ainsi que le montant de la contribution, sont publiés sur une liste. Cette liste peut être modifiée par Sanitas. Les modifications n'entraînent toutefois aucun droit de résiliation.

8 Lunettes ou lentilles de contact

Les prestations énumérées ci-après sont assurées dans le monde entier pour des lunettes (y compris la monture) ou des lentilles de contact nécessaires à la correction visuelle:

- pour les adultes, maximum Fr. 300.– toutes les 3 années civiles,
- pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus, maximum Fr. 200.– par année civile.

9 Traitements dentaires

Les prestations suivantes sont assurées pour les traitements dentaires:

- 50% des frais pour des traitements orthopédiques de la mâchoire jusqu'à 18 ans révolus,
- maximum Fr. 100.– par dent pour l'extraction de dents de sagesse,
- frais de médicaments prescrits par un dentiste.

10 Moyens auxiliaires thérapeutiques

Le frais de location ou d'achat de moyens auxiliaires thérapeutiques prescrits par un médecin (à l'exception des lunettes et lentilles de contact) sont assurés à 80%, au maximum à hauteur de Fr. 500.– par année civile.

11 Interventions de chirurgie esthétique

1 Les frais des interventions de chirurgie esthétique suivantes sont assurés à 80%, pour autant qu'il existe une prescription médicale:

- opérations des seins,
- corrections de cicatrices,
- corrections d'oreilles décollées.

2 Les traitements ambulatoires sont pris en charge selon le tarif LAMal.

3 Les traitements stationnaires sont pris en charge au maximum jusqu'à concurrence du tarif en vigueur dans la division générale d'un hôpital public du canton de résidence avec un mandat de prestations selon l'art. 39 LAMal. Le canton dans lequel l'employeur a son siège est déterminant pour les frontaliers.

12 Rooming-in

Les frais de séjour hospitalier suivants sont assurés à 80%, au maximum à hauteur de Fr. 2'000.– par année civile:

- par l'assurance de l'enfant, les frais de séjour d'un des parents durant le séjour hospitalier stationnaire d'un enfant jusqu'à 5 ans révolus,
- par l'assurance de la mère, les frais de séjour d'un enfant à allaiter durant le séjour hospitalier stationnaire de la mère.

13 Frais de voyage et de transport

1 Les frais de voyage pour pouvoir suivre des séances de radiothérapie, de chimiothérapie ou d'hémodialyse en dehors du lieu de résidence sont pris en charge. Les frais sont remboursés au maximum à hauteur du prix du moyen de transport public (billet 2<sup>e</sup> classe).

2 Les transports d'urgence chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche pour le traitement approprié ainsi que les transferts nécessaires d'un point de vue médical et effectués en ambulance sont assurés au maximum à hauteur de Fr. 2'000.– par année civile.

14 Prise en charge des primes en cas de décès ou d'invalidité

1 La prime de l'assurance obligatoire des soins et les primes des éventuelles assurances complémentaires des enfants sont couvertes par l'assurance d'un des parents si:

- ce parent vient à décéder,
- ce parent est en invalidité permanente, à condition qu'une rente complète soit versée selon les dispositions de l'AI.

Les assurances doivent être conclues auprès de Sanitas pour les enfants avant la survenance de l'événement. Les primes sont prises en charge jusqu'à et y compris l'année civile où l'enfant atteint l'âge de 18 ans.

2 La prise en charge des primes doit être demandée par écrit en annexant les documents officiels correspondants (acte de décès, décision de rente AI).

3 Si la demande parvient à Sanitas plus d'une année après le décès ou après l'émission de la décision de rente par l'AI, les primes sont prises en charge dès le mois où la demande a été déposée auprès de Sanitas.

4 En cas de remariage ou de diminution du degré d'invalidité du parent invalide, faits devant immédiatement être annoncés par écrit à Sanitas, le droit à la prise en charge des primes est supprimé à compter du mois suivant le changement de situation. Les primes sont facturées rétroactivement si les informations sont communiquées tardivement.

5 Le preneur de risque pour les prestations décrites sous ce chiffre est Swiss Life, dont le siège est à Zurich. Il faut faire valoir le droit aux prestations auprès de Sanitas.

Divers

15 Exemption des primes à partir du troisième enfant

1 Le troisième enfant et les enfants suivants d'une famille sont exempts des primes jusqu'à 18 ans révolus, pour autant que cette assurance existe aussi pour les deux premiers enfants.

2 Les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus sont pris en considération pour le calcul du droit à l'exemption des primes.

16 Reconnaissance des fournisseurs de prestations

Pour les traitements en Suisse, seules les factures de personnes titulaires d'un diplôme fédéral ou cantonal ou d'une autorisation correspondante cantonale leur permettant d'exercer leur profession sont reconnues.

