

Conditions complémentaires (CC)

Jump

Assurance complémentaire
pour les traitements ambulatoires

Edition de janvier 2004
version 2021

But et bases légales

Jump couvre les frais des traitements ambulatoires conformément aux 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^{er} 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. 1'500.– 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 thérapies naturelles NVS (membre à part entière).

2 Les prestations sont allouées 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 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.

5 Maternité

Les prestations de maternité suivantes sont assurées à 80%, au maximum jusqu'à concurrence de Fr. 500.– par année civile:

- examens de contrôle durant la grossesse (y compris une échographie),
- gymnastique prénatale et postnatale
- et cours de préparation à l'accouchement.

6 Prévention et promotion de la santé

Les mesures de prévention suivantes sont assurées à 80%, au maximum jusqu'à concurrence de Fr. 500.– par année civile:

- vaccinations,
- check-up (y compris un test VIH par année civile),
- examen gynécologique préventif (y compris une mammographie par année civile),
- 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.

7 Lunettes ou lentilles de contact

Un montant de Fr. 200.– au maximum toutes les trois années civiles est assuré dans le monde entier pour des lunettes (y compris la monture) ou des lentilles de contact nécessaires à la correction visuelle.

8 Traitements dentaires

Les prestations suivantes sont assurées pour des traitements dentaires:

- au maximum Fr. 100.– par dent pour l'extraction de dents de sagesse,
- frais de médicaments prescrits par un dentiste.

9 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 pour cas aigus dans le canton de domicile avec un mandat de prestations cantonal au sens de l'art. 39 LAMal. Le canton dans lequel l'employeur a son siège est déterminant pour les frontaliers.

10 Frais de voyage et de transport

Fr. 1'000.– au maximum par année civile sont pris en charge au total pour:

- les frais de voyage pour pouvoir suivre des séances de radiothérapie, de chimiothérapie ou d'hémodialyse hors du domicile. Les frais sont remboursés au maximum à hauteur du prix du moyen de transport public (billet 2^e classe),
- 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.

11 Prestations pour les séjours hospitaliers

1 La protection d'assurance suivante est uniquement valable pour les assurances Jump ayant commencé avant le 1^{er} janvier 2004 et tant qu'Hospital Standard est assuré.

2 Sur la base des conditions complémentaires d'Hospital Standard, au maximum Fr. 50.– par jour pour les frais de séjour et de soins ainsi que Fr. 2'000.– par année civile pour les frais de traitement sont payés pour les séjours en division demi-privée ou privée d'un hôpital pour cas aigus. Ces prestations se limitent aux séjours dans les hôpitaux figurant sur la liste cantonale regroupant les hôpitaux en fonction de leurs mandats de prestations ou exploitant une division générale conventionnée.

Divers

12 Bonus Jump

1 Sanitas accorde un bonus de Fr. 50.– aux assurés ayant conclu, en plus de Jump, l'assurance obligatoire des soins auprès de Sanitas et n'ayant perçu aucune prestation dans les deux assurances pendant une période d'observation de 12 mois.

2 La période d'observation va du 1^{er} septembre d'une année jusqu'au 31 août de l'année suivante. Les prestations perçues au titre de Jump et de l'assurance obligatoire des soins pendant cette période sont prises en compte. La date du décompte de prestations de Sanitas est déterminante.

13 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.

14 Passage automatique à Classic

1 Jump expire le 31 décembre de l'année durant laquelle l'assuré fête ses 35 ans. Le passage automatique à l'assurance complémentaire Classic est effectué au 1^{er} janvier de l'année suivante.

2 Les réserves existantes selon le chiffre 14 des conditions générales d'assurance sont maintenues telles quelles.

15 Passage anticipé à Classic ou Family

1 Un passage anticipé à l'assurance complémentaire Classic ou, si les conditions requises sont remplies, à l'assurance complémentaire Family peut être effectué au 1^{er} janvier sans nouvel examen de risque.

2 Les réserves existantes selon le chiffre 14 des conditions générales d'assurance sont maintenues telles quelles.

