

Assurance pour médecine alternative myFlex

Assurance-maladie complémentaire selon la LCA

Conditions complémentaires (CC) Edition 01.2011

La base des conditions complémentaires (CC) ci-après sont les conditions générales d'assurance (CGA) des assurances-maladie complémentaires selon la LCA de la CSS Assurance SA dans la mesure où les présentes CC ne prévoient aucune réglementation qui y déroge.

Table des matières

1	Conditions d'admission	2
2	Risques assurés	2
3	Prestations assurées	2
4	Fournisseurs de prestations et méthodes reconnus	2
5	Limitations des prestations	3
6	Droit aux prestations	3
7	Participation aux coûts	3
8	Bonus pour absence de prestations	3

1 Conditions d'admission

- 1.1 Dans l'assurance pour médecine alternative myFlex, la personne peut choisir entre les trois échelons d'assurance «Economy», «Balance» ou «Premium».
- 1.2 Tant la conclusion initiale d'une assurance pour médecine alternative myFlex que le passage, après la conclusion, à l'échelon d'assurance directement supérieur nécessitent impérativement la remise d'une déclaration de santé et ne peuvent se faire qu'après contrôle et acceptation de celle-ci par la CSS.
- 1.3 Les nouveau-nés sont assurés dans les échelons d'assurance «Economy» et «Balance» sans aucune réserve au jour de leur naissance pour autant que la CSS reçoive la proposition d'assurance signée au plus tard 30 jours après la naissance.
- 1.4 La couverture d'assurance pour les suites d'accident ne peut être exclue.

2 Risques assurés

Sont couverts les cas d'assurance en raison de maladie (au sens du chiffre 7.1 des CGA), d'accident (au sens du chiffre 8 des CGA) et de maternité (au sens du chiffre 7.2 des CGA).

3 Prestations assurées

Lors d'un cas d'assurance, la CSS alloue les prestations suivantes en complément et subséquentement aux prestations d'autres assurances sociales, notamment de l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et/ou de l'assurance-accidents selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA). L'étendue des prestations (y compris participation aux coûts) pour l'échelon d'assurance conclu figure dans le tableau ci-dessous.

	Economy	Balance	Premium
3.1 Traitements ambulatoires	En dérogation au chiffre 27.1 des CGA, sont assurés, dans le cadre du chiffre 4 des présentes CC, les coûts pour les prestations de traitements ambulatoires dispensés selon des méthodes de soins de médecine complémentaire (p. ex. acuponcture, homéopathie, ostéopathie) dans la mesure où celles-ci ont pour but le traitement d'une maladie, de la maternité ou des suites d'un accident.		
Médicaments	Sont assurés les médicaments de médecine complémentaire reconnus et prescrits ou délivrés selon le chiffre 4.		
Traitements stationnaires	En dérogation au chiffre 27.1 des CGA sont assurés, dans le cadre du chiffre 4 des présentes CC, les coûts pour les prestations de traitements stationnaires qui sont dispensés selon des méthodes de soins de médecine complémentaire (p. ex. acuponcture, homéopathie, ostéopathie) dans la mesure où dit traitement stationnaire a pour but le traitement d'une maladie, d'une maternité ou des suites d'un accident. Dans ce cas, seuls sont remboursés les coûts qui auraient été occasionnés par un traitement ambulatoire. Ne sont pas assurés tous les coûts de logement, de soins et de nourriture.		
	75 %, au maximum CHF 1000 par année civile	75 %, au maximum CHF 3000 par année civile	75 %, au maximum CHF 10 000 par année civile
3.2 Traitements avec couverture limitée	Les coûts des traitements de médecine complémentaire cités au chiffre 5.3 sont limités aux montants maximum indiqués ci-après, qu'ils soient occasionnés par l'utilisation d'une méthode de traitement citée ou de plusieurs d'entre elles. Ces montants sont alloués en tenant compte des sommes annuelles maximales citées au chiffre 3.1 et ne sont pas cumulables avec celles-ci.		
	75 %, au maximum CHF 200 par année civile	75 %, au maximum CHF 600 par année civile	75 %, au maximum CHF 2000 par année civile

4 Fournisseurs de prestations et méthodes reconnus

- 4.1 L'obligation d'allouer des prestations dans le cadre du chiffre 3 suppose que le fournisseur de prestations choisi et que les méthodes appliquées figurent dans une des listes décrites ci-dessous (cf. chiffre 41 CGA). Sont toujours déterminantes les listes valables au moment du traitement. Il n'y a pas d'obligation d'allouer des prestations lorsqu'un fournisseur de prestations reconnu pratique des traitements dans le cadre de méthodes reconnues mais qu'il n'y est pas autorisé sur la base d'une autorisation et selon les critères de reconnaissance établis par la CSS.
- 4.2 La CSS tient une liste (cf. chiffre 41 CGA) des méthodes reconnues. Selon celle-ci, la CSS ne prend en charge que les coûts fixés au chiffre 3 qui ont été occasionnés lors de l'utilisation de méthodes reconnues de médecine complémentaire.
- 4.3 En dérogation au chiffre 9 des CGA, la CSS tient une liste (cf. chiffre 41 CGA) des fournisseurs de prestations reconnus. Selon celle-ci, la CSS ne prend en charge que les

coûts fixés au chiffre 3 qui sont occasionnés par un fournisseur de prestations reconnu. Par fournisseur de prestations reconnu, la CSS comprend en principe des personnes qui remplissent des critères de reconnaissance qu'elle énumère spécifiquement pour une forme/méthode de thérapie reconnue de médecine complémentaire.

- 4.4 Les coûts pour les médicaments de médecine complémentaire sont pris en charge par l'assurance pour médecine alternative myFlex uniquement si le médicament est prescrit et délivré de manière adéquate dans le cadre d'une méthode reconnue par la CSS et si le fournisseur de prestations est d'une part reconnu et d'autre part dispose de l'autorisation de prescrire le médicament selon les critères de reconnaissance établis par la CSS. La CSS se réserve le droit de tenir une liste négative pour les médicaments (cf. chiffre 41 des CGA).
- 4.5 La CSS est autorisée à fixer des limites de tarif et de prix pour les prestations mentionnées au chiffre 3. Ces limites figurent dans la liste correspondante (cf. chiffre 41 CGA).

4.6 Vous pouvez consulter les listes valables au moment du traitement (selon chiffre 41 des CGA) et vous en procurer des extraits auprès de la CSS. Vous trouvez votre adresse de contact CSS sur votre police ou sur l'aperçu des primes. La CSS vous recommande, lors d'un cas de prestations, de vous assurer au préalable au sujet des reconnaissances CSS auprès de la Serviceline.

5 Limitation des prestations

5.1 Pour des factures visiblement inappropriées, nous accordons une couverture uniquement dans les limites de ce qui est habituel pour l'accomplissement de la prestation ou dans les limites tarifaires au sens du chiffre 4.3.

5.2 Sont exclus de la couverture d'assurance:

5.2.1 Les traitements que le(la) thérapeute applique sur lui(elle)-même (autothérapie);

5.2.2 Les traitements que le fournisseur de prestations dispense à sa parenté (par exemple membres de la famille en ligne ascendante ou descendante) ainsi qu'aux conjoints de ces personnes. Sont également compris dans cette exclusion les concubins ou partenaires enregistrés;

5.2.3 Les coûts pour les consultations manquées;

5.2.4 Tous les frais d'envoi et de travaux administratifs;

5.2.5 Les coûts de traitements qui sont dispensés en dehors du cabinet du fournisseur de prestations reconnu;

5.2.6 Les remboursements pour l'achat ou la location de moyens et appareils;

5.2.7 Les traitements préventifs (sans qu'il y ait un cas assuré au sens du chiffre 2);

5.2.8 En dérogation au chiffre 28.1 c des CGA, les coûts de traitements à l'étranger;

5.2.9 Les coûts de prestations pour des traitements ou des mesures thérapeutiques non efficaces, non adéquats et non économiques. Sont considérées comme prestations non efficaces, non adéquates et non économiques des prestations qui sont inappropriées pour obtenir l'effet souhaité dont l'utilité est inférieure aux risques qu'elles comportent (aussi en comparaison avec d'autres méthodes comparables) et dont le rapport coûts-utilité est insuffisant.

5.3 La CSS désigne de manière exhaustive dans sa liste des méthodes de traitement (cf. chiffre 4.2) celles pour lesquelles son obligation d'allouer des prestations est limitée au montant maximum indiqué au chiffre 3.2.

6 Droit aux prestations

6.1 Les prestations sont imputées selon les données de traitement et d'exécution sur la somme de prestations assurée par année civile. Les coûts intervenant après épuisement du droit ne peuvent être reportés sur l'année suivante. De même, un solde de montant résultant du non-épuisement du droit ne peut être reporté en faveur de la personne assurée sur l'année suivante.

6.2 Si une limitation des prestations est convenue par cas d'assurance, celle-ci est valable indépendamment de la date de traitement ou d'exécution sur chaque cas d'assurance (y c. les complications ou éventuellement les traitements subséquents ou ultérieurs) et est considérée comme épuisée dès que tous les coûts réels dans le cadre de ce cas d'assurance ont atteint la limite de prestations.

6.3 Les prestations ou contributions prévues dans les présentes CC sont versées exclusivement à titre de complément et subséquemment aux assurances citées au chiffre 31.1 des CGA, notamment l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Les parts de coûts que couvrent ces assurances ainsi que les participations aux coûts issues de ces assurances ne sont pas assurées par l'assurance pour médecine alternative myFlex, indépendamment du fait que les assurances existent ou non.

6.4 Pour autant que rien d'autre ne soit prévu au chiffre 3, sont remboursés au maximum, sur présentation de justificatifs, les coûts effectifs.

7 Participations aux coûts

Les participations aux coûts résultent de l'étendue des prestations selon le tableau «Prestations assurées», chiffre 3.

8 Bonus pour absence de prestations

8.1 Toute personne assurée peut bénéficier d'un remboursement annuel unique sous forme de bonus si, au cours de la période de référence, la CSS n'a pas versé de prestations d'assurance dues selon les présentes CC.

8.2 Est considérée comme période de référence la période s'étendant de début septembre à fin août des deux dernières années consécutives au cours desquelles la personne assurée a conclu cette assurance pour médecine alternative myFlex.

8.3 En cas de première conclusion de l'assurance pour médecine alternative myFlex, la CSS peut prévoir des périodes de référence plus courtes.

8.4 Le montant du remboursement du bonus est défini tous les ans par la CSS sur la base du degré atteint par le résultat du produit de l'assurance pour médecine alternative myFlex. Un versement a lieu pour autant que soit disponible le résultat du produit du dernier exercice clôturé au sein de la période de référence dans le cadre de la valeur calculée selon des bases techniques.

8.5 Le bonus pour absence de prestations est remboursé au cours de l'année civile consécutive à la période de référence pour autant que la personne assurée soit encore couverte au 01.01. de cette année civile par l'assurance pour médecine alternative myFlex à la CSS. La personne assurée est informée par écrit de ses droits et du montant du remboursement individuel du bonus.

