

Assurance DIVERSA

Conditions complémentaires d'assurance (CCA)

	Art.	
I. Définition et objet		I. Définition et objet
Assurance complémentaire	1	1 Assurance complémentaire
Objet	2	1.1 L'assurance DIVERSA est une assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins. Pour toutes les questions qui ne sont pas expressément réglées dans les présentes Conditions complémentaires d'assurance (CCA), les dispositions légales et les Conditions générales d'assurance (CGA) des assurances complémentaires des soins s'appliquent.
Maladie et accident	3	1.2 Pour les personnes assurées qui ont conclu une forme particulière de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. modèle HMO ou médecin de famille) conformément à l'art. 62 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les Conditions particulières d'assurance (CPA) correspondantes s'appliquent également.
II. Prestations en Suisse		2 Objet
Médicaments non à charge de l'assurance obligatoire des soins	4	2.1 L'assurance DIVERSA accorde des prestations multiples dépassant le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Il s'agit d'une assurance de dommages.
Cures balnéaires	5	2.2 L'assurance DIVERSA peut être conclue dans les variantes DIVERSA, DIVERSA ^{care} , DIVERSA ^{plus} ou DIVERSA ^{premium} .
Cures de convalescence	6	3 Maladie et accident
Obligation d'informer l'assureur avant une cure	7	Les prestations de l'assurance DIVERSA sont allouées en cas de maladie ou d'accident.
Aide ménagère	8	II. Prestations en Suisse
Transports en cas de maladie ou d'accident en Suisse	9	4 Médicaments non à charge de l'assurance obligatoire des soins
Traitements dentaires	10	Les médicaments prescrits par un-e médecin et enregistrés en Suisse auprès de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic), mais qui ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, sont remboursés à hauteur de:
Indemnité de décès	11	DIVERSA et DIVERSA ^{care} : 50 %
Verres de lunettes, lentilles de contact	12	DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} : 75 %
Chirurgie réfractive non à charge de l'assurance obligatoire des soins	13	Il n'existe pas d'obligation à prestations pour les préparations de la Liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA), ainsi que pour celles utilisées dans le cadre d'études scientifiques.
Psychothérapie non médicale	14	
Vaccinations	15	
Moyens auxiliaires	16	
Traitements non à charge de l'assurance obligatoire des soins	17	
Médecins en récusation	18	
Nuitée en cas d'intervention ambulatoire	19	
Chambre familiale en cas d'accouchement	20	
Rooming-in	21	
Garde d'enfants	22	
Cours sur les urgences chez les enfants en bas âge	23	
Protection juridique des patient-es	24	
III. Prestations à l'étranger		
A) Traitements en cas d'urgence		
Validité territoriale et temporelle	25	
Centrale d'appels d'urgence	26	
Frais de guérison	27	
Secours d'urgence	28	
Durée des prestations	29	
Obligations d'informer	30	
Restrictions en matière de prestations	31	
B) Traitements planifiés		
Traitements médicaux ambulatoires planifiés	32	

5 Cures balnéaires

5.1 Pour les cures balnéaires stationnaires effectuées sur prescription médicale dans une station thermique suisse sous direction médicale au sens de l'art. 40 LAMal, les prestations suivantes sont versées en sus des frais couverts par l'assurance obligatoire des soins durant 21 jours au maximum par année civile:

DIVERSA et DIVERSA ^{care} :	CHF 30 par jour
DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} :	CHF 50 par jour

Ces prestations sont également accordées lorsque la cure balnéaire stationnaire sur prescription médicale a lieu dans une station thermique européenne sous direction médicale, disposant du personnel spécialisé requis et proposant une offre de thérapie appropriée pour le traitement des patient-es de cures balnéaires.

5.2 La cure balnéaire doit avoir lieu dans une station thermique reconnue par l'assureur. Ce dernier tient une liste régulièrement mise à jour des stations thermales qu'il reconnaît. Les personnes assurées peuvent la consulter auprès de l'assureur ou en demander un extrait.

5.3 Ces prestations ne sont accordées que si la cure a été précédée d'un traitement intensif approprié et scientifiquement reconnu ou qu'un tel traitement ne peut être appliqué en milieu ambulatoire. De plus, un examen médical d'admission doit avoir lieu au début de la cure et des mesures balnéologiques et physiothérapeutiques scientifiquement reconnues en Suisse doivent être effectuées selon le plan de cure.

6 Cures de convalescence

6.1 Si une cure est médicalement nécessaire et prescrite par un-e médecin en vue de la guérison ou de la convalescence consécutive à une maladie ou opération grave, les prestations journalières allouées sont les suivantes:

DIVERSA et DIVERSA ^{care} :	jusqu'à CHF 30
DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} :	jusqu'à CHF 50

6.2 La cure doit avoir lieu dans un établissement de cure suisse reconnu par l'assureur. Ce dernier tient une liste régulièrement mise à jour des établissements de cure qu'il reconnaît. Les personnes assurées peuvent la consulter auprès de l'assureur ou en demander un extrait.

6.3 Les prestations journalières assurées sont versées au maximum pendant 21 jours par année civile.

7 Obligation d'informer l'assureur avant une cure

L'ordonnance de cure, établie par un-e médecin, doit être présentée à l'assureur avant le début de la cure et faire mention de l'établissement de cure ou de la station thermique ainsi que de la date du début de la cure.

8 Aide ménagère

8.1 Si la personne assurée présente une incapacité totale de travail et doit, sur prescription médicale, faire appel à une aide ménagère en raison de son état de santé et de ses circonstances personnelles et familiales, les prestations journalières allouées sont les suivantes:

DIVERSA et DIVERSA ^{care} :	CHF 30
DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} :	CHF 50

8.2 Est réputée aide ménagère la personne qui, à titre professionnel, pour son compte ou celui d'une organisation, s'occupe du ménage en lieu et place de la personne assurée. La même prestation est accordée si une autre personne s'occupe du ménage en lieu et place de la personne assurée et que les frais qui en découlent sont dûment justifiés.

8.3 Les prestations journalières assurées sont versées au maximum 30 fois par année civile.

9 Transports en cas de maladie ou d'accident en Suisse

9.1 En complément des prestations de l'assurance obligatoire des soins, l'assureur prend en charge aux tarifs usuels les frais engendrés en Suisse pour les transports médicalement nécessaires par ambulance jusque chez le ou la médecin ou jusqu'à l'hôpital le plus proche. Le moyen de transport doit être économique et approprié.

9.2 Pour les frais de recherche et de sauvetage de personnes assurées accidentées ou atteintes d'une maladie aiguë, les prestations allouées en complément des prestations de l'assurance obligatoire des soins sont les suivantes:

DIVERSA:	jusqu'à CHF 10'000
DIVERSA ^{care} :	jusqu'à CHF 15'000
DIVERSA ^{plus} :	jusqu'à CHF 20'000
DIVERSA ^{premium} :	jusqu'à CHF 25'000

9.3 Si une organisation facture les services d'assistance qu'elle apporte en fonction des prestations de l'assureur, les prestations sont réduites de moitié.

10 Traitements dentaires

10.1 L'assureur accorde les prestations suivantes:

10.1.1 En cas de traitements chirurgicaux stationnaires en vue de l'élimination d'états pathologiques (reconstruction de l'os alvéolaire à l'aide d'une greffe osseuse, reconstruction du vestibule, etc.), les frais de la division commune en hôpital conventionné dans le canton de résidence sont pris en charge.

10.1.2 En cas de traitement ambulatoire, les frais qui ne sont couverts ni par l'assurance obligatoire des soins ni par les soins dentaires scolaires sont pris en charge à hauteur de:

DIVERSA et DIVERSA ^{care} :	50%
DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} :	75%

Les prestations sont remboursées selon un tarif dentaire valable dans les assurances sociales suisses et selon les positions tarifaires portées au chapitre correspondant. Il s'agit en l'occurrence des traitements suivants:

- traitement d'orthopédie dento-faciale en raison de troubles fonctionnels de la mastication (correction de malpositions des dents et de déformations de la mâchoire) jusqu'à l'âge de 22 ans;
- traitement de troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (syndrome de Costen), à l'exception des couronnes et des ponts;
- traitement parodontal (mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'appareil de retenue des dents ou au parodonte, à l'exclusion des extractions, des prothèses, etc.);
- extraction chirurgicale d'une dent incluse ou entravée ou d'un reste radiculaire totalement pris dans l'os;
- extraction avec volet.

10.2 Les personnes assurées qui peuvent prétendre à des prestations dentaires au sens du présent article doivent transmettre à l'assureur les factures dentaires détaillées avec indication des positions tarifaires selon le tarif dentaire appliqué en vertu du droit des assurances sociales. L'assureur peut exiger l'original de la facture.

11 Indemnité de décès

- 11.1 Si la personne assurée décède après le troisième jour de vie et avant l'âge de 65 ans, l'assureur verse une indemnité de décès de CHF 1'000.
- 11.2 Le versement se fait aux ayants droit survivant-es. Sont considéré-es comme ayants droit, de manière exhaustive: le conjoint ou la conjointe, le ou la partenaire enregistré-e de la personne assurée, à défaut les enfants de la personne assurée, à défaut les parents de la personne assurée.
- 11.3 La désignation d'autres bénéficiaires ou l'exclusion d'ayants droit n'est pas possible.
- 11.4 Le décès de la personne assurée doit être immédiatement signalé à l'assureur. En vue de faire valoir le droit à l'indemnité, un acte de décès officiel doit être présenté.
- 11.5 Si, dans un délai de six mois, aucun acte de décès officiel n'est présenté, le droit à l'indemnité de décès s'éteint.

12 Verres de lunettes, lentilles de contact

Pour les verres de lunettes et les lentilles de contact fournis par un-e opticien-ne, les prestations suivantes sont versées une fois par année civile aux enfants jusqu'à l'âge de 18 ans et une fois en l'espace de trois années civiles aux adultes:

DIVERSA:	jusqu'à CHF 150
DIVERSA ^{care} :	jusqu'à CHF 200
DIVERSA ^{plus} :	jusqu'à CHF 250
DIVERSA ^{premium} :	jusqu'à CHF 300

13 Chirurgie réfractive non à charge de l'assurance obligatoire des soins

Les prestations suivantes sont octroyées une fois en l'espace de cinq années civiles aux personnes assurées âgées de 21 à 50 ans pour la correction chirurgicale d'amétropies non à charge de l'assurance obligatoire des soins, pour autant que l'assurance ait été conclue une année au moins avant l'intervention:

DIVERSA ^{care} :	50 %, au maximum CHF 400
DIVERSA ^{premium} :	50 %, au maximum CHF 600

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA et de DIVERSA^{plus}.

14 Psychothérapie non médicale

14.1 Pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une prestation à charge de l'assurance obligatoire des soins, les prestations ci-après sont octroyées au titre de DIVERSA pour les coûts de traitements prescrits médicalement et fournis par des psychothérapeutes non médecins reconnu-es:

DIVERSA et DIVERSA ^{care} :	75%, au maximum CHF 2'000 en l'espace de trois années civiles
DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} :	75%, au maximum CHF 3'000 en l'espace de trois années civiles

Le montant des prestations versées se limite aux positions tarifaires applicables pour la psychothérapie déléguée.

14.2 Sont considéré-es comme psychothérapeutes non médecins reconnu-es les psychologues indépendant-es membres de l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) ou figurant sur la liste de santésuisse.

14.3 Les psychothérapies pratiquées dans un but de connaissance ou de réalisation de soi, de développement de la personnalité ou dans un but autre que le traitement d'une maladie ne sont pas prises en charge.

15 Vaccinations

Les frais de vaccinations non couverts par l'assurance obligatoire des soins sont pris en charge à hauteur de 90 %.

16 Moyens auxiliaires

- 16.1 Pour autant qu'il n'existe pas de droit à prestations au titre de l'assurance obligatoire des soins ou d'une autre assurance sociale, les prestations versées pour chaque moyen auxiliaire prescrit par un·e médecin et reconnu par l'assureur sont les suivantes:
- | | |
|---|------------------------------|
| DIVERSA et DIVERSA ^{care} : | 50%,
au maximum CHF 1'000 |
| DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} : | 50%,
au maximum CHF 2'000 |
- 16.2 Les frais de fonctionnement et d'entretien des moyens auxiliaires ne sont pas pris en charge.

17 Traitements non à charge de l'assurance obligatoire des soins

Les prestations suivantes sont versées pour les frais de la chirurgie corrective des oreilles décollées et des interventions de ligature (stérilisation et vasectomie):

DIVERSA et DIVERSA ^{care} :	50%, au maximum CHF 2'000
DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} :	50%, au maximum CHF 4'000

18 Médecins en récusation

Les prestations suivantes sont versées pour les traitements effectués par des médecins qui ont refusé de prodiguer des soins selon le tarif de l'assurance obligatoire des soins (médecins en récusation):

DIVERSA et DIVERSA ^{care} :	aucune prestation
DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} :	75%, au maximum CHF 2'000 par année civile

19 Nuitée en cas d'intervention ambulatoire

Les prestations suivantes sont octroyées par année civile pour une nuitée payante non nécessaire d'un point de vue médical dans une chambre d'hôpital avant ou après une intervention ambulatoire effectuée dans une salle d'opération du même établissement et qui est prise en charge par l'assurance-accidents obligatoire ou l'assurance obligatoire des soins:

DIVERSA ^{care} :	50%, au maximum CHF 200
DIVERSA ^{premium} :	75%, au maximum CHF 200

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA ou de DIVERSA^{plus}.

20 Chambre familiale en cas d'accouchement

- 20.1 Les prestations suivantes sont octroyées par nuitée pour cinq nuitées au plus par année civile si des membres de la famille d'une assurée prennent une chambre familiale payante dans l'hôpital ou la maison de naissance où a lieu l'accouchement et que l'assurance de la mère a été conclue au moins une année avant l'accouchement:
- | | |
|------------------------------|-----------------|
| DIVERSA ^{care} : | jusqu'à CHF 60 |
| DIVERSA ^{premium} : | jusqu'à CHF 100 |

- Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA ou de DIVERSA^{plus}.
- 20.2 Aucune prestation n'est octroyée pour la chambre familiale si des prestations de rooming-in sont déjà versées conformément à l'art. 21.

21 Rooming-in

- 21.1 Les prestations suivantes sont octroyées par nuitée au titre de l'assurance de la personne hospitalisée pour dix nuitées au plus par année civile lorsqu'un parent passe la nuit dans une chambre payante de l'hôpital où son enfant assuré·e âgé·e de moins de dix ans est hospitalisé·e ou qu'un·e ou plusieurs enfants âgé·es de moins de dix ans passent la nuit dans une chambre payante de l'hôpital où l'un de leurs parents assurés est hospitalisé:
- | | |
|------------------------------|-----------------|
| DIVERSA ^{care} : | jusqu'à CHF 60 |
| DIVERSA ^{premium} : | jusqu'à CHF 100 |
- Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA ou de DIVERSA^{plus}.
- 21.2 Le droit aux prestations s'applique aussi aux enfants en famille d'accueil et aux enfants du ou de la conjoint·e.
- 21.3 Aucune prestation n'est octroyée pour le rooming-in si des prestations sont déjà versées pour la chambre familiale conformément à l'art. 20.

22 Garde d'enfants

- 22.1 Si un·e enfant âgé·e de plus de quatre ans et moins de douze ans doit être gardé·e en raison d'une maladie ou d'un accident, que les parents exercent une activité lucrative durant cette période et que l'enfant ne peut être gardé·e par une autre personne, le parent assuré peut demander à l'assureur de trouver en temps utile, en collaboration avec des partenaires contractuels appropriés, une personne spécialisée adaptée pour assurer la garde de son enfant.
- 22.2 Les prestations suivantes sont octroyées par heure pour les coûts de la garde d'enfants:
- | | |
|------------------------------|--|
| DIVERSA ^{care} : | jusqu'à CHF 30,
au maximum CHF 600 par année civile |
| DIVERSA ^{premium} : | jusqu'à CHF 50,
au maximum CHF 600 par année civile |
- Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA ou de DIVERSA^{plus}.
- 22.3 Le droit aux prestations existe si le parent assuré signale le besoin de garde à l'assureur ou à son partenaire contractuel au moins 24 heures à l'avance, que l'assureur reconnaît la nécessité de la garde et que le service est fourni par le personnel spécialisé mis à disposition par l'assureur par le biais de son partenaire contractuel. Si le besoin de garde est annoncé moins de 24 heures à l'avance, le droit aux prestations dépend de la disponibilité du personnel spécialisé.

22.4 Si les deux parents sont assurés auprès de l'assureur, la contribution maximale par heure n'est accordée qu'une seule fois par garde.

22.5 Le droit aux prestations s'applique aussi aux enfants en famille d'accueil et aux enfants du ou de la conjoint-e.

23 Cours sur les urgences chez les enfants en bas âge

23.1 Les parents assurés dont les enfants ont moins de six ans ont droit aux prestations suivantes une fois en l'espace de trois années civiles pour les coûts d'un cours sur les urgences chez les enfants en bas âge:

DIVERSA^{care}: 50%, au maximum CHF 200

DIVERSA^{premium}: 50%, au maximum CHF 200

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA ou de DIVERSA^{plus}.

23.2 Le cours sur les urgences chez les enfants en bas âge doit répondre aux critères de qualité définis par l'assureur. Ce dernier tient une liste régulièrement mise à jour des prestataires de cours reconnus. Les personnes assurées peuvent la consulter chez l'assureur ou en demander un extrait.

24 Protection juridique des patient-es

24.1 Si, en sa qualité de patiente, une personne assurée a besoin d'une assistance juridique dans le cadre de litiges contractuels ou de responsabilité civile avec des fournisseurs ou fournisseuses de prestations reconnues par CONCORDIA, elle a droit aux prestations suivantes par cas juridique:

DIVERSA^{care}: jusqu'à CHF 300'000 en Europe
jusqu'à CHF 50'000 hors Europe

DIVERSA^{premium}: jusqu'à CHF 500'000 en Europe
jusqu'à CHF 50'000 hors Europe

Aucune prestation n'est accordée pour la protection juridique des patient-es au titre de DIVERSA ou de DIVERSA^{plus}.

24.2 Afin de garantir ces prestations, CONCORDIA a conclu un contrat avec un assureur de protection juridique. Les conditions d'assurance de ce dernier s'appliquent pour toutes les questions relatives à la protection juridique des patient-es.

CONCORDIA est en tout temps habilitée à changer d'assureur de protection juridique, pour autant que le maintien de la couverture d'assurance soit garanti. Le cas échéant, elle en informe les personnes assurées au moins un mois à l'avance.

III. Prestations à l'étranger

A) Traitements en cas d'urgence

25 Validité territoriale et temporelle

25.1 La protection d'assurance à l'étranger est valable dans le monde entier pendant les douze premiers mois de séjour à l'étranger.

25.2 En cas de transfert du domicile à l'étranger, la protection d'assurance est valable les douze premiers mois dans le pays de résidence choisi. Après douze mois, elle reste valable dans les autres pays. Aucune prestation au sens de ce chapitre n'est versée pour les traitements d'urgence en Suisse.

26 Centrale d'appels d'urgence

26.1 En cas de maladie subite, d'accident, d'accouchement imprévu ou de décès à l'étranger qui nécessitent un secours d'urgence au sens de l'art. 28 ou l'hospitalisation de la personne assurée, la centrale d'appels d'urgence désignée par l'assureur doit être avertie immédiatement. Elle conseille la personne assurée et lui apporte le secours nécessaire.

26.2 Le secours d'urgence nécessaire est ordonné, organisé et, en cas de besoin, exécuté par la centrale d'appels d'urgence et remboursé par l'assureur.

26.3 Les frais découlant d'un secours d'urgence au sens de l'art. 28 non ordonnés par la centrale d'appels d'urgence de l'assureur ne sont pas pris en charge.

27 Frais de guérison

En cas de maladie subite, d'accident ou d'accouchement imprévu à l'étranger, les frais de guérison sont pris en charge au tarif local en vigueur pour les prestations suivantes:

27.1 les traitements médicaux (uniquement les traitements thérapeutiques reconnus en Suisse);

27.2 les médicaments;

27.3 les analyses;

27.4 les soins donnés par un-e chiropraticien-ne;

27.5 les traitements dentaires à la suite d'un accident;

27.6 les traitements stationnaires dans des hôpitaux de soins aigus.

28 Secours d'urgence

28.1 En cas de maladie ou d'accident grave ou de décès à l'étranger, l'assureur prend en charge les prestations suivantes quand elles sont organisées par sa centrale d'appels d'urgence:

28.1.1 les actions de sauvetage et les transports nécessaires d'un point de vue médical;

28.1.2 les actions de recherche en vue du sauvetage et du dégagement d'une personne assurée victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à concurrence de:

DIVERSA et DIVERSA^{care}: CHF 10'000

DIVERSA^{plus} et DIVERSA^{premium}: CHF 20'000

- 28.1.3 en cas de nécessité médicale, le transfert au domicile de la personne assurée ou à l'hôpital suisse compétent;
- 28.1.4 le dégageant et le rapatriement d'une personne assurée défunte au lieu de domicile suisse où elle résidait avant son départ.
- 28.2 Lorsque des mesures de recherche, de sauvetage ou de transport sont rendues impossibles en raison de grèves, de troubles, d'actes de guerre, de radioactivité, en cas de force majeure ou pour des causes similaires, leur exécution ne peut pas être exigée.

29 Durée des prestations

- 29.1 Les prestations pour traitements ambulatoires sont accordées aussi longtemps que la protection d'assurance au sens de l'art. 25 est valable.
- 29.2 Les prestations pour traitements stationnaires sont versées tant que l'état de santé de la personne assurée ne permet raisonnablement pas son retour à domicile ou son transport à l'hôpital compétent en Suisse (art. 25.1) ou dans son pays de résidence (art. 25.2), au maximum pour les durées suivantes:
- | | |
|------------------------------|----------|
| DIVERSA: | 30 jours |
| DIVERSA ^{care} : | 45 jours |
| DIVERSA ^{plus} : | 60 jours |
| DIVERSA ^{premium} : | 75 jours |

30 Obligations d'informer

- 30.1 En cas de maladie subite, d'accident ou d'accouchement imprévu à l'étranger, la centrale d'appels d'urgence de l'assureur doit en être avisée immédiatement (art. 26).
- 30.2 Les factures détaillées, le décompte de prestations d'éventuels autres assureurs-maladie ou accidents et les informations médicales nécessaires doivent être transmises sans délais à l'assureur dans une des langues nationales suisses ou en anglais. L'assureur est en droit de réclamer les documents originaux.

31 Restrictions en matière de prestations

- 31.1 Les prestations à l'étranger ne sont accordées que pour des traitements effectués dans le pays où la personne séjourne à ce moment-là. Aucune prestation ne peut être revendiquée pour des transferts et traitements dans des États tiers.
- 31.2 Aucune prestation n'est accordée si la personne assurée se rend à l'étranger en vue d'un traitement, de soins, d'une cure ou d'un accouchement. Les prestations ne sont pas non plus versées pour les maladies et séquelles d'accident qui existaient déjà au moment du départ à l'étranger. L'art. 32 demeure réservé.

B) Traitements planifiés

32 Traitements médicaux ambulatoires planifiés

- 32.1 Lors d'un traitement ambulatoire à l'étranger planifié qui donnerait droit à des prestations au titre de l'assurance obligatoire des soins s'il était effectué en Suisse, l'assureur prend en charge, après avoir délivré une garantie de paiement, les coûts du traitement médical ambulatoire dans un cabinet médical ou un hôpital, ainsi que les coûts des médicaments nécessaires aux fournisseurs et fournisseuses de prestations pour effectuer le traitement. Les prestations, calculées sur la base des tarifs locaux et après déduction d'une franchise annuelle de CHF 1'000, sont les suivantes:
- | | |
|------------------------------|--|
| DIVERSA ^{premium} : | 75%,
au maximum CHF 10'000 par année civile |
|------------------------------|--|
- Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA, de DIVERSA^{care} et de DIVERSA^{plus}.
- 32.2 La personne assurée doit soumettre une demande de garantie de paiement à l'assureur au plus tard sept jours avant le traitement. Celle-ci doit mentionner la période de traitement, le traitement médical prévu et le fournisseur ou la fournisseuse de prestations choisie. Aucune prestation n'est octroyée si la demande est soumise trop tard ou si elle a été refusée.
- 32.3 La personne assurée doit fournir les informations médicales nécessaires au versement des prestations et la facture détaillée dans une des langues nationales suisses ou en anglais. L'assureur est en droit de réclamer l'original de la facture. Si la personne assurée n'est pas en mesure de fournir une facture détaillée, l'assureur fixe les prestations sur la base du type et de la gravité de la maladie ou des suites de l'accident.
- 32.4 L'assureur tient une liste des pays dans lesquels les traitements ambulatoires planifiés ou le contrôle des prestations ne peuvent être garantis avec un degré de qualité suffisant, notamment les régions en guerre ou en crise, ainsi que les pays en développement ou émergents. Pour qu'un traitement ambulatoire dans l'un des pays figurant sur ladite liste soit pris en charge, il faut, d'une part, que la qualité des soins médicaux soit suffisante et, d'autre part, que tout comportement frauduleux puisse être exclu. Afin que l'assureur puisse examiner ces critères, la personne assurée doit expliquer pourquoi elle souhaite effectuer le traitement prévu auprès du fournisseur ou de la fournisseuse de prestations en question et fournir, en sus des informations requises selon l'art. 32.2, tous les documents qu'elle possède sur le fournisseur ou la fournisseuse de prestations ainsi qu'un devis. Si l'assureur considère que les conditions sont remplies, il remet à la personne assurée une garantie de paiement.

Dans le cas contraire, il refuse la garantie de paiement et n'octroie pas de prestations. Les personnes assurées peuvent consulter la liste actuelle des pays concernés chez l'assureur ou en demander un extrait.

32.5 L'assureur tient également une liste des fournisseurs et fournisseuses de prestations qui, selon les informations en sa possession, n'ont par le passé pas fourni des soins médicaux de qualité suffisante, qui ont prodigué des traitements non économiques ou établi des factures trop élevées, qui n'ont pas suffisamment collaboré avec l'assureur ou ses partenaires ou qui se sont livrés à des agissements frauduleux. L'assureur n'octroie pas de garantie de paiement pour les traitements effectués auprès de ces fournisseurs et fournisseuses de prestations et ne prend pas en charge les coûts. Pour des raisons de protection des données et de la personnalité, il ne divulgue l'identité des fournisseurs et fournisseuses de prestations figurant sur cette liste que dans certains cas, au moment d'examiner des demandes de garantie de paiement ou de prise en charge des coûts. L'autorité de surveillance compétente peut exiger en tout temps de consulter la liste.

32.6 Sont exclus de l'obligation à prestations:

- les psychothérapies médicales et non médicales;
- les préparations mentionnées dans la Liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA);
- les produits dits de confort et les préparations analogues;
- les préparations destinées à des fins cosmétiques;
- les dépenses personnelles;
- les prestations pour les événements mentionnés aux art. 32 et 33 des CGA;
- les prestations en Suisse lorsque la personne assurée réside à l'étranger.

32.7 En cas de fluctuations monétaires ou d'augmentation des coûts du système de santé à l'étranger, l'assureur est habilité à modifier le montant maximal ou la franchise pour les prestations assurées. Le cas échéant, il communique les nouvelles conditions contractuelles par écrit au preneur ou à la preneuse d'assurance au plus tard 25 jours avant leur entrée en vigueur. Le preneur ou la preneuse d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de l'année civile en cours, en faisant parvenir à l'assureur la résiliation au plus tard le dernier jour de l'année civile en cours. En pareil cas, l'assurance s'éteint à la fin de l'année civile en cours. Si le preneur ou la preneuse d'assurance omet de procéder à la résiliation, les nouvelles conditions d'assurance sont réputées acceptées.



Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch