

---

# Jump

Assurance complémentaire pour des traitements ambulatoires

---

## Conditions Complémentaires (CC)

Edition janvier 2004

**sanitas**

assurance de classe



## But et bases légales

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

Le risque accident 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

---

Les frais de traitements médicaux ambulatoires hors du lieu de résidence et de travail sont assurés selon le tarif reconnu à condition que le traitement soit effectué par des médecins reconnus selon la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et facturant conformément à la LAMal (protection tarifaire selon art. 44 LAMal).

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

---

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

### 3 Médecine alternative

---

- 1 Sont assurés à 80%, au maximum jusqu'à concurrence de CHF 1500.– 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 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 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 CHF 500.– par année civile:

- examens de contrôle durant la grossesse (y compris 1 examen par ultrasons),
- gymnastique prénatale et postnatale et cours de préparation à l'accouchement.

## 6 Prévention – Prophylaxie

---

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

- vaccinations,
- check-up (y compris 1 test HIV par année civile),
- examen gynécologique préventif (y compris 1 mammographie par année civile),
- désaccoutumance au tabac, sur prescription médicale.

## 7 Lunettes ou lentilles de contact

---

Un montant de CHF 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 CHF 100.– par dent pour l'extraction de dents de sagesse;
- frais de médicaments prescrits par un médecin-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'article 39 de la LAMal. Le canton dans lequel l'employeur a son siège est déterminant pour les frontaliers.

## **10 Frais de voyage et de transport**

---

CHF 1000.– au maximum par année civile sont pris en charge au total pour

- les frais de voyage pour la réalisation de rayons, de chimiothérapies ou d'hémodialyses hors du domicile. Les frais sont remboursés au maximum à hauteur du prix du moyen de transport public (billet 2<sup>e</sup> classe);
- des transports d'urgence chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche pour le traitement approprié ainsi que des transferts nécessaires d'un point de vue médical, effectués en ambulance.

## **11 Prestations pour des séjours hospitaliers**

---

- 1 La protection d'assurance suivante est uniquement valable pour les assurances Jump ayant commencé avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et tant qu'«Hospital Standard» est assuré.
- 2 Sur la base des Conditions Complémentaires «Hospital Standard», au maximum CHF 50.– par jour pour les frais de séjour et de soins ainsi que CHF 2000.– par année civile pour les frais de traitement sont payés pour des séjours en division demi-privée ou privée d'un hôpital pour cas aigus. Ces prestations se limitent aux séjours dans des 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 CHF 50.– aux assurés ayant conclu, en plus de Jump, l'assurance obligatoire des soins auprès de Sanitas et n'ayant pas perçu de prestations dans les deux assurances pendant une période d'observation de 12 mois.
- 2 La période d'observation va du 1<sup>er</sup> 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 des 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 Transfert automatique dans Classic**

---

- 1 Jump expire le 31 décembre de l'année durant laquelle l'assuré fête ses 35 ans. Le transfert automatique dans l'assurance complémentaire Classic est effectué au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.
- 2 Les réserves existantes selon le chiffre 14 des Conditions générales d'assurance sont maintenues telles quelles.

### **15 Transfert anticipé dans Classic ou Family**

---

- 1 Un transfert anticipé dans les assurances complémentaires Classic ou – aux conditions requises – Family peut être effectué au 1<sup>er</sup> janvier, sans nouvel examen de risque.
- 2 Les réserves existantes selon le chiffre 14 des Conditions générales d'assurance sont maintenues telles quelles.