

Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global smart

GOGA02-F8 – édition 01.06.2023

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 7	Droit aux prestations
Art. 2	Risques couverts	Art. 8	Primes
Art. 3	Conditions d'admission	Art. 9	Franchises
Art. 4	Maintien de la couverture en cas de transfert du domicile à l'étranger	Art. 10	Sortie du cercle des assurés d'une convention cadre et dissolution de la convention cadre
Art. 5	Résiliation du contrat d'assurance		
Art. 6	Prestations assurées		

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), dont la date d'édition est mentionnée sur la police d'assurance.

Art. 1 But de l'assurance

- Le but de cette assurance est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).
- Pour les personnes qui étaient soumises à l'assurance obligatoire des soins (AOS) et qui ont opté pour le maintien de leur couverture d'assurance conformément à l'article 7a de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) par la souscription d'une assurance facultative des soins selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) les prestations de l'assurance Global smart sont versées en complément à ladite assurance.
- L'assurance Global smart est composée de trois niveaux de couverture (module de base) :
 - Niveau 1
 - Niveau 2
 - Niveau 3
- Ce module de base peut être complété par l'option « Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger ».

Art. 2 Risques couverts

Les prestations du produit Global smart sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité.

Art. 3 Conditions d'admission

- Toute personne domiciliée en Suisse peut adhérer à l'assurance Global smart, Niveau 1 et Niveau 2, sans limite d'âge. Pour le Niveau 3, l'adhésion à l'assurance Global smart peut être demandée pour une entrée en vigueur au plus tard le jour des 70 ans du proposant.
- Dans le cas d'une convention cadre, le cercle des per-

sonnes assurables ainsi que les conditions d'admission applicables pour les diverses catégories de proposants sont définis par la convention cadre conclue entre l'entreprise co-contractante et l'assureur.

Art. 4 Maintien de la couverture en cas de transfert du domicile à l'étranger

- En cas de transfert du domicile à l'étranger en cours de contrat, l'assurance Global smart peut être conservée pour autant que l'assuré demeure soumis à l'assurance maladie obligatoire des soins LAMal, en vertu de l'accord sur la libre-circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale, ou bénéficie d'une couverture selon l'art. 1, al. 2 des présentes conditions.
- L'assuré domicilié à l'étranger doit informer l'assureur par écrit dans les 30 jours lorsqu'il ne remplit plus les critères mentionnés à l'art. 4, al. 1 des présentes conditions. En cas de violation de cette obligation, l'assuré devra rembourser à l'assureur les éventuelles prestations versées à partir de la date à laquelle les critères prescrits ne sont plus remplis.

Art. 5 Résiliation du contrat d'assurance

Au terme de trois périodes d'assurance (au sens de l'art. 12 des CGC), le preneur d'assurance peut dénoncer le contrat pour la fin d'une année civile moyennant un préavis d'un mois.

Art. 6 Prestations assurées

1. En Suisse

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Hospitalisation	division commune	division commune	division mi-privée ou privée La variante assurée est mentionnée sur la police d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> – Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu. – Prise en charge des coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur pour les divisions correspondantes. – L'assureur prend en charge les coûts des établissements ou médecins reconnus, c'est-à-dire ceux avec lesquels l'assureur a passé une convention tarifaire. – Si un assuré bénéficie de prestations d'un établissement ou médecin non reconnu, il lui sera alloué pour l'intervention de ce(s) dernier(s), selon le type de soins (aigus, réadaptation ou psychiatrie) et la division (mi-privée ou privée), les prestations d'hospitalisation stationnaire effectivement facturées mais au maximum les montants figurant dans l'annexe A, par nuit d'hospitalisation. – La liste des fournisseurs de prestations et des montants maximums est disponible sur le site internet de l'assureur ou remise sur demande. La liste valable au moment du traitement est déterminante. – La liste des fournisseurs de prestations peut être modifiée en tout temps par l'assureur. Une telle modification de la liste n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance. – L'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur. – Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 60 jours. – Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée en cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées. La durée des prestations dans un établissement en soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 180 jours précités. – Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division mi-privée ou privée pour la division commune, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum Fr. 5'000.– par hospitalisation.
Traitements ambulatoires	100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> – Libre choix du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal. – Prise en charge de la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.
Médicaments limités et hors liste	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Médicaments ordonnés par un médecin ou un prescripteur de soins reconnu LAMal, non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). – Exclusions : produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).
Frais de transport	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que les dits transports soient médicalement nécessaires. – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge.
Médecines alternatives	30%	60%	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Prise en charge des thérapies selon liste ci-dessous (point 6.2 liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur. – Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute où il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus par l'assureur pour la thérapie envisagée.
Lunettes médicales et verres de contact	Fr. 150.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> – Coûts des montures, verres ou lentilles de contact.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Traitements dentaires	Aucune prestation	Jusqu'à 18 ans 50%, max. Fr. 2'000.-/ année civile Dès 19 ans 50%, max. Fr. 500.-/ année civile	Jusqu'à 18 ans 50%, max. Fr. 2'000.-/ année civile Dès 19 ans 50%, max. Fr. 1'000.-/ année civile	<ol style="list-style-type: none"> Selon le niveau choisi, prise en charge uniquement des frais : <ul style="list-style-type: none"> de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé; de contrôle dentaire prophylactique annuel; de soins d'orthopédie dento-faciale; de laboratoire. Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat. Les prestations pour interventions prothétiques (remplacement de dents, pose de couronnes, de dents-pivots, de bridges, de prothèses partielles ou intégrales, etc.) sont, en cas d'accident, octroyées immédiatement après l'entrée en vigueur de l'assurance; pour les autres cas, elles sont accordées au plus tôt après 12 mois d'affiliation. Pour tous les traitements dentaires, les prestations d'assurance sont accordées après un stage de 3 mois, sous réserve des points 2 et 3 précités. Le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations prises en charge; la majoration éventuelle ne peut excéder 50%. Les traitements à l'étranger sont pris en charge pour autant que le personnel médical étranger dispose d'une formation équivalente à la formation suisse et que les coûts ne dépassent pas ceux qui auraient été facturés en Suisse.
Cures thermales	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	<ul style="list-style-type: none"> Frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements de cures balnéaires reconnus par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal. Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Cures de convalescence	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	<ul style="list-style-type: none"> Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence en Suisse dans les établissements reconnus par l'assureur, et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation. Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Aide à domicile	50%, max. Fr. 1'500.-/ année civile	50%, max. Fr. 1'500.-/ année civile	90%, max. Fr. 2'500.-/ année civile	<ul style="list-style-type: none"> Frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel et qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.). Aucune prestation n'est allouée lorsque l'assuré est reconnu invalide par l'assurance invalidité (AI), bénéficie d'une rente d'allocation pour impotent ou séjourne dans un établissement hospitalier, de cure ou de convalescence.
Cure de désintoxication de l'alcool	Fr. 50.- /jour, max. 30 jours/ année civile	Fr. 100.- /jour, max. 30 jours/ année civile	Fr. 100.- /jour, max. 30 jours/ année civile	<ul style="list-style-type: none"> Contribution aux frais de traitement et de pension en cas de cure résidentielle, dans un établissement spécialisé en matière de cures de désintoxication pour alcooliques. Seules les cures prodiguées par un établissement reconnu par la « Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue » sont prises en charge. La liste des établissements est disponible auprès de l'assureur.
Vaccins	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des frais pour les vaccinations médicalement prescrites pour la Suisse (non comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)), ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.
Check-up	90%, max. 1 tous les 3 ans	90%, max. 1 tous les 3 ans	90%, max. 1 tous les 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> Seuls les check-up définis et dispensés par un médecin reconnu au sens de la LAMal sont pris en charge. Le check-up comprend : <ul style="list-style-type: none"> pour les personnes jusqu'à 40 ans, une consultation (examen prolongé), les analyses de glucose et de cholestérol pour les personnes de plus de 40 ans, une consultation (examen prolongé), un électrocardiogramme au repos, les analyses hématologiques et chimiques, de glucose et de cholestérol.
Seconde opinion	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation pour autant que la mention «seconde opinion » figure sur la note d'honoraires.
Promotion Santé	50%, max. Fr. 200.-/ année civile	50%, max. Fr. 200.-/ année civile	50%, max. Fr. 200.-/ année civile	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des frais résultant d'une cure dans un établissement ou fournisseur agréé par l'assureur, et cela dans les domaines de l'école du dos, du fitness et des prestations pour désintoxication au tabac. Si plusieurs mesures destinées à promouvoir la santé sont effectuées au cours de la même année civile, la prestation maximale totale prise en charge est de Fr. 200.-.

2. Liste des thérapies «médecine alternative »

Naturopathie	Techniques du toucher	Autres
Acupuncture	Acupressure	Auto phoni psychologie
Aromathérapie	Alexander	Biodynamique
Auriculothérapie	Cardio forme	Eurythmie
Biorésonance	Drainage lymphatique	Gestalt
Biothérapie	Etiopathie	Rebirthing
Chromothérapie	Fasciathérapie	Relaxation
Conseil en nutrition	Inochi thérapie	Sophrologie
Electroacupuncture	Intégration posturale	Thérapie NST
Eutonie	Kinésiologie	Tomatis (méthode)
Géobiologie	Massages	
Herboristerie	Médecine anthroposophique	
Homéopathie	Mésothérapie	
Iridologie	Métamorphose	
Irrigation colonique	Orthobionomie	
Kneipp thérapie	Ostéopathie	
Laserthérapie	Pédicure (soins fonctionnels)	
Magnétisme	Polarité	
Magnétothérapie	Rééquilibration énergétique	
Morathérapie	Réflexologie	
Naturopathie	Reiki	
Oxygénothérapie	Rolfing	
Peinture thérapeutique	Shiatsu	
Phytothérapie	Touch for Health	
Respiration	Trager	
Sympathicothérapie	Training autogène	
Test laboratoire	Vitalpraktik	
Ventouses		

3. A l'étranger

1. Les prestations ci-après sont valables dans le monde entier, à l'exclusion de la Suisse et du Liechtenstein, pour des traitements d'urgence qui ne sont pas couverts par les assurances sociales suisses ou étrangères ou par d'autres assurances privées.
2. Les prestations assurées correspondent à celles couvertes en Suisse lors de problèmes de santé semblables.
3. Les traitements volontaires à l'étranger doivent faire l'objet d'une demande écrite de la part de l'assuré et sont pris en charge uniquement sur accord préalable de l'assureur.
4. Les prestations ci-après sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies par des personnes ou des institutions qui disposent de la formation, de la reconnaissance et de l'autorisation nécessaire des organismes sociaux étrangers.
5. Les cas d'hospitalisation et autres traitements coûteux faisant l'objet d'une demande de garantie financière de la part du fournisseur de soins doivent être annoncés préalablement à « Groupe Mutuel Assistance » au moyen du formulaire « annonce pour demande de garantie financière ». A défaut, l'assureur peut réduire les prestations d'assurance du montant qui aurait été payé si l'annonce préalable avait été faite. L'assureur renonce à réduire ses prestations s'il résulte des circonstances que la violation de l'obligation d'annonce est non fautive.

6. Paiement des prestations

- Si plusieurs membres de la famille tombent malades ou sont accidentés simultanément, une facture séparée doit être demandée, pour chaque assuré : au médecin, à l'hôpital, au pharmacien, etc.
 - Pour obtenir le remboursement des frais, l'assuré est tenu de fournir toutes pièces justificatives nécessaires (facture originales et détaillées, certificats médicaux, ordonnances, attestations de paiement, etc.).
 - Est reconnu comme cours de change pour les factures de l'étranger le cours des devises officiel du franc suisse, au dernier jour de traitement.
 - L'assureur reconnaît les tarifs usuels valables dans le pays ou la région de traitement. Il se réserve le droit de réduire les factures exagérément élevées.
7. En dérogation à l'art. 6.3.3, les traitements volontaires à l'étranger des personnes :
 - résidant à l'étranger et demeurant soumises à l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal ou
 - ayant opté pour le maintien de leur couverture d'assurance conformément à l'art. 7a de l'OAMal par la souscription d'une assurance facultative des soins selon la LCA ne sont pas soumis à l'accord préalable de l'assureur.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Traitements ambulatoires				Consultation, analyses, radiographies et médicaments reconnus.
Hospitalisation				Hospitalisation pour les traitements reconnus.
Frais de transport				Transports nécessités par le traitement vers le centre hospitalier le plus proche.
Rapatriement, recherche et sauvetage			La somme assurée s'élève au maximum à Fr. 100'000.– par année civile	Prise en charge uniquement des frais : – de transports en cas de rapatriement, y compris ceux d'une personne décédée, sur accord préalable de l'assureur – de recherche et sauvetage de l'assuré malade ou dont l'intégrité physique est menacée
Visite d'un membre de la famille				Visite d'un membre de la famille de l'assuré hospitalisé depuis plus de 7 jours, à savoir : – les frais attestés pour le voyage aller et retour en classe économique et les transports publics jusqu'au lieu d'hospitalisation de l'assuré; – les frais de pension et de logement attestés, au plus cependant Fr. 250.– par jour jusqu'à concurrence de Fr. 2'000.–.

4. Groupe Mutuel Assistance

Les prestations prévues par les conditions générales de l'assurance Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 kilomètres du domicile de l'assuré, en Suisse et à l'étranger).

5. Option « Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger »

Cette option peut être conclue par les assurés au bénéfice de la couverture Global smart Niveau 3 moyennant un supplément de prime. Elle donne droit au remboursement des frais de traitements et frais hôteliers en cas d'hospitalisation à l'étranger, jusqu'à concurrence de Fr. 3'000.– par jour et durant 60 jours au plus par année civile. Ces prestations sont servies en complément des autres prestations mentionnées au point 6.3.

Art. 7 Droit aux prestations

Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits (prestations avec limite de durée ou de montant) ne peuvent être reportés sur l'année suivante.

Un cumul des prestations assurées en Suisse et à l'étranger n'est pas possible.

Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'AOS lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin dont le diplôme est reconnu par le droit suisse ou d'une personne dûment autorisée et reconnue par l'assureur. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les quotes-parts et les franchises légales de l'AOS.

La couverture d'assurance s'étend cependant à la prise en charge des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement fourni hors de la Suisse et du Liechtenstein en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale.

1. Etendue et durée des prestations en cas d'hospitalisation

Les prestations hospitalières sont limitées à la phase aiguë de la maladie. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, en particulier lors de traitements d'affections stabilisées ou chroniques, ou lorsque le séjour hospitalier ne sert pas à améliorer l'état de santé de l'assuré, le droit aux prestations s'éteint.

2. Couverture des prestations en cas de maternité

- Les prestations lors de traitements stationnaires en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après une période d'assurance de 12 mois.
- Si au moment de l'adhésion, l'assurée prouve qu'elle était couverte, auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA ou d'un autre assureur, au cours des 12 derniers mois précédant l'entrée en vigueur du contrat d'assurance avec la même couverture en cas d'hospitalisation (division commune, mi-privée ou privée) et avec le risque maternité inclus, le délai de carence de 12 mois pour les prestations en cas de maternité défini à l'art. 7, al. 2, let. a des présentes conditions particulières n'est pas appliqué.
- En cas d'interruption de la grossesse au sens de la LAMal et pour toute autre prestation en relation avec la maternité, le délai de carence prévu au point a. est applicable.
- Lorsqu'une assurée séjourne dans la division d'un établissement hospitalier correspondant à sa couverture d'assurance, l'assureur prend en charge également les frais de séjour pour le nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère, pour autant que l'enfant soit au bénéfice d'une assurance de soins auprès de l'assureur dans les 30 jours suivant sa naissance. Les frais personnels ne sont pas couverts. Le point a. de ce point demeure réservé.

3. Transplantations d'organes

Dans le cadre de la présente assurance, il n'y a pas de couverture d'assurance en cas de transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération Suisse pour Tâches Communes des assureurs maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas (ces frais étant couverts par l'AOS). Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.

4. Option « Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger »

Les prestations mentionnées à l'article 6.5 des présentes CP (option « Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger ») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.

Art. 8 Primes

L'assuré qui, durant l'année, atteint le niveau maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes :

- de 0 à 18 ans;
- de 19 à 25 ans;
- dès la 26^e année et jusqu'à la 71^e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.

Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées.

Art. 9 Franchises

1. Les assurés ont la possibilité de choisir les variantes suivantes :
 - sans franchise annuelle;
 - franchise annuelle de Fr. 500.–.
2. Les assurés ayant opté pour le Niveau 3 peuvent également choisir une franchise annuelle de Fr. 1'000.–.
3. Aucune franchise n'est prélevée sur les prestations du Groupe Mutuel Assistance.

Art. 10 Sortie du cercle des assurés d'une convention cadre et dissolution de la convention cadre

1. En cas de sortie du cercle des assurés d'une convention cadre, les primes sont adaptées sur la base des tarifs individuels en vigueur.
2. La même règle est appliquée à l'égard des membres de la famille du collaborateur décédé assurés dans le cadre d'une convention cadre.
3. Les réserves déjà existantes avant la sortie du cercle des assurés d'une convention cadre sont maintenues.
4. L'entrée en vigueur du contrat conclu avant la sortie du cercle des assurés d'une convention cadre est prise en compte pour le calcul des délais de carence.
5. Les prestations perçues avant la sortie du cercle des assurés d'une convention cadre sont prises en compte pour le calcul des maxima de prestations.
6. Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de dissolution de la convention cadre passée entre l'entreprise assurée et l'assureur.
7. L'assuré ou le preneur d'assurance doivent informer l'assureur par écrit de sa sortie du cercle des assurés d'une convention cadre dans les 30 jours.
En cas de violation de cette obligation d'avis, le preneur d'assurance devra rembourser à l'assureur l'éventuelle différence de primes résultant de l'adaptation prévue au chiffre 1.
8. En cas de dissolution d'une convention cadre prévoyant le paiement de tout ou une partie des primes par l'entreprise assurée, les primes dues pour les périodes d'assurance suivant la fin de la convention cadre sont facturées directement au preneur d'assurance, qui est débiteur de leur paiement.
9. Le preneur d'assurance peut dénoncer le contrat dans les trente jours suivant la réception de sa nouvelle police.

Annexe A

Montants maximums remboursés pour les prestations d'hospitalisation fournies par des établissements ou médecins non reconnus par l'assureur (art. 6, al. 1 des présentes conditions particulières d'assurance, rubrique Hospitalisation en Suisse).

	Montants par nuit d'hospitalisation			
	Soins aigus		Réadaptation et Psychiatrie	
	Mi-Privée	Privée	Mi-Privée	Privée
Médecin non reconnu : Remboursement des frais médicaux	Fr. 500.–	Fr. 500.–	Fr. 0.–	Fr. 0.–
Hôpital non reconnu : Remboursement des frais hospitaliers	Fr. 300.–	Fr. 500.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
Hôpital et Médecin non reconnu : Remboursement total - Frais médicaux - Frais hospitaliers	Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.–	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–	Fr. 100.– - Fr. 0.– - Fr. 100.–	Fr. 150.– - Fr. 0.– - Fr. 150.–