

Édition du 1<sup>er</sup> janvier 2014

## Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) HOSPITAL FLEX

---

### Table des matières

<b>Généralités</b>	
1 But	
<b>Prestations</b>	
2 Conditions de prestations	
3 Prestations hospitalières	
4 Durée des prestations hospitalières	
5 Prestations à l'étranger	
6 Prestations pour nouveau-né	
7 Forfait de naissance	
8 Prestations pour les frais de personnes accompagnantes (rooming-in)	
9 Cures balnéaires	
10 Cures de convalescence	
11 Aide ménagère	
12 Durée des prestations en cas de cure et d'aide ménagère	
13 Service de garde d'enfants	
14 Exclusions de prestations	
<b>Variantes d'assurance</b>	
15 Variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital	
<b>Primes</b>	
16 Adaptation des primes	
<b>Divers</b>	
17 Système de bonus	
18 Suspension de la couverture d'assurance	

---

### Généralités

- 1 But**
- 1.1 L'assurance HOSPITAL FLEX verse des prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins. L'étendue des prestations est la suivante:
- libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse: frais pour le confort de chambre supplémentaire et frais pour le choix du médecin en raison d'un séjour effectué pour des atteintes aiguës à la santé dans la division commune, demi-privée ou privée d'un hôpital, y compris dans des cliniques de réadaptation et des cliniques psychiatriques;
  - contribution aux traitements hospitaliers à l'étranger. Pour autant qu'elles soient co-assurées, des contributions supplémentaires sont versées pour:
  - l'hébergement et la pension en cas de soins stationnaires aigus et de transition;
  - les cures balnéaires et de convalescence;
  - une aide ménagère;
  - un service de garde d'enfants.
- 1.2 Sont assurées les prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité. La couverture accidents peut être exclue.

### Prestations

- 2 Conditions de prestations**
- 2.1 Des prestations ne sont versées qu'à condition qu'il y ait une nécessité médicale et que les traitements soient efficaces, appropriés et économiques.
- 2.2 Pour que des prestations soient versées en cas de maternité, l'assurance doit être en vigueur depuis au moins 365 jours.
- 2.3 En cas de séjour hospitalier, les prestations ne sont octroyées qu'en cas de nécessité d'hospitalisation.



### 3 Prestations hospitalières

3.1 La personne assurée décide au plus tard lors de l'entrée à l'hôpital dans quelle division elle veut être soignée. Aucune participation aux coûts n'est exigée pour les prestations fournies en division commune; en division demi-privée et privée, la personne assurée est redevable de la participation aux coûts fixée dans la police.

3.2 En cas de séjour et de traitement dans un hôpital, une clinique de réadaptation ou une clinique psychiatrique qui satisfont aux conditions énoncées au ch. 8.1 des Conditions générales d'assurance (CGA), les prestations correspondent aux tarifs reconnus par l'assureur pour l'établissement hospitalier en question. En application de ce principe, il n'y a de droit à des prestations, au titre de la présente assurance, auprès d'hôpitaux ne figurant pas sur les listes cantonales des hôpitaux et de la planification (hôpitaux répertoriés) conformément à l'art. 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), que si l'assureur a signé une convention LAMal avec l'hôpital en question (hôpital conventionné LAMal Helsana).

L'assureur tient une liste des hôpitaux ayant passé une telle convention LAMal. Cette liste fournit des renseignements sur les prestations reconnues. Elle est continuellement mise à jour et peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

3.3 En complément de son obligation de prestations selon la LAMal et pour les prestations en soins stationnaires aigus et de transition requises au terme d'un séjour à l'hôpital et ordonnées par l'établissement hospitalier, l'assureur rembourse, pour autant que cela soit co-assuré conformément au ch. 1.1 CSA, les frais d'hébergement et de pension non couverts jusqu'à CHF 100.– par jour durant au maximum 14 jours par année civile.

### 4 Durée des prestations hospitalières

4.1 En cas de traitement stationnaire dans un hôpital pour soins aigus et dans une clinique de réadaptation, les prestations assurées pour les atteintes aiguës à la santé sont versées pour une durée illimitée tant qu'un séjour dans un hôpital est médicalement nécessaire compte tenu du diagnostic et de la globalité du traitement médical et qu'il faut s'attendre à une amélioration de l'état de santé.

4.2 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont octroyées au maximum pendant 60 jours au cours d'une année civile, aussi longtemps qu'un séjour dans une clinique psychiatrique est médicalement nécessaire en raison du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble et qu'il ne s'agit pas d'une maladie chronique.

### 5 Prestations à l'étranger

En cas de séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique à l'étranger, l'assureur rembourse le montant journalier convenu pendant 60 jours au maximum par année civile, pour les coûts d'un traitement scientifiquement reconnu et approprié ainsi que pour le logement et la nourriture.

### 6 Prestations pour nouveau-né

L'assureur prend en charge les coûts du séjour d'un nouveau-né en bonne santé, au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL FLEX de la mère, durant l'hospitalisation de celle-ci, toutefois pendant dix semaines au plus.

### 7 Forfait de naissance

Si la naissance a lieu dans une maison de naissance ambulatoire, à domicile ou en ambulatoire à l'hôpital, l'assureur paie le forfait de naissance convenu.

### 8 Prestations pour les frais de personnes accompagnantes (rooming-in)

En cas de traitement stationnaire à l'hôpital, l'assureur accorde des contributions aux frais de séjour et de repas d'une personne proche de la personne assurée, qui reste auprès d'elle à l'hôpital. La prestation assurée est versée pendant au maximum 15 jours par année civile.

### 9 Cures balnéaires

9.1 Les prestations pour cures balnéaires sont versées pour autant qu'elles soient co-assurées conformément au ch. 1.1 des présentes CSA.

9.2 La cure balnéaire doit être préalablement prescrite par un médecin, être stationnaire et avoir lieu dans un établissement de cure balnéaire suisse ou européen sous direction médicale reconnu par l'assureur.

9.3 Il existe un droit aux prestations uniquement lorsque la cure a été précédée d'un traitement intensif, scientifiquement reconnu et approprié ou lorsqu'une thérapie ambulatoire scientifiquement reconnue et appropriée ne peut être entreprise. En outre, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et les traitements balnéaires ou physiothérapeutiques doivent être effectués selon un plan de cure. Une cure balnéaire doit durer au moins 14 jours.



## 10 Cures de convalescence

- 10.1 Les prestations pour cures de convalescence sont versées pour autant qu'elles soient co-assurées conformément au ch. 1.1 des présentes CSA.
- 10.2 La cure doit être effectuée dans un établissement de cure reconnu par l'assureur.
- 10.3 La cure de convalescence doit être prescrite par un médecin et s'avérer médicalement nécessaire pour la guérison ou la convalescence d'une maladie grave. L'ordonnance médicale de la cure doit être remise à l'assureur dix jours avant l'entrée en cure et avec l'indication de l'établissement thermal ou de cure et de la date d'entrée en cure.

## 11 Aide ménagère

- 11.1 Pour autant qu'elles soient co-assurées conformément au ch. 1.1 des présentes CSA, des prestations pour aide ménagère sont versées lorsque, en raison d'une maladie aiguë et des conditions familiales personnelles, une personne assurée a besoin d'une aide ménagère.
- 11.2 La nécessité doit être attestée sur la base d'un certificat médical.
- 11.3 L'assureur n'accorde pas de prestations pour aide ménagère en cas de séjour dans un établissement médico-social ou un établissement analogue.

## 12 Durée des prestations en cas de cure et d'aide ménagère

L'assureur paie les frais de cures balnéaires et de convalescence qui sont attestés, au maximum toutefois CHF 100.– par jour pendant 21 jours au plus par année civile pour les deux types de cures. Un montant maximum de CHF 50.– par jour est versé au titre des frais avérés pour une aide ménagère, au maximum pendant 30 jours par année civile.

## 13 Service de garde d'enfants

- 13.1 En cas de séjour stationnaire à l'hôpital de la personne assurée, l'assureur prend en charge, pour autant que cela soit co-assuré conformément au ch. 1.1 CSA, les coûts de garde par une tierce personne des enfants de moins de 15 ans sur lesquels la personne assurée a l'autorité parentale, les jours de la semaine et pendant les heures de travail habituelles, à concurrence de 30 heures par année civile.
- 13.2 Les prestations ne sont octroyées que si la personne assurée contacte au préalable la centrale d'organisation désignée par l'assureur et que celle-ci organise la garde des enfants.

## 14 Exclusions de prestations

- 14.1 Outre pour les motifs exposés au ch. 21 CGA, il n'y a aucun droit à des prestations dans les cas suivants:
- pour le traitement et les soins de personnes souffrant d'une maladie psychiatrique chronique;
  - en cas de séjour dans un établissement médico-social;
  - en cas de séjour dans une clinique psychiatrique de jour ou de nuit;
  - en cas de séjour dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste de l'assureur si la variante d'assurance conclue est celle comportant une limitation du choix de l'hôpital.
- 14.2 Le ch. 21.1, lit. I CGA n'est pas applicable en l'espèce.

### Variantes d'assurance

## 15 Variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital

- 15.1 L'assureur peut, moyennant une réduction de prime, proposer une variante d'assurance avec une limitation du choix de l'hôpital. Pour cette variante, l'assureur tient une liste sur laquelle figurent les hôpitaux pouvant être choisis. Cette liste est continuellement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.
- 15.2 En cas de séjour dans un hôpital ne figurant pas sur la liste de l'assureur, les frais ne sont pas pris en charge.
- 15.3 La présente variante d'assurance peut être conclue avec une assurance obligatoire des soins comprenant une limitation du choix de l'hôpital. Pour les personnes assurées qui ont conclu cette forme particulière d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins, les dispositions limitant la perception de prestations, contenues dans les CGA y relatives, sont également applicables à la présente assurance. La résiliation ou la suppression de cette forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins entraîne la suppression de la variante d'assurance correspondante. Le produit d'assurance est alors converti automatiquement en assurance HOSPITAL FLEX sans variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital.



## Primes

### 16 Adaptation des primes

- 16.1 Les primes sont déterminées en fonction de l'âge et du sexe de la personne assurée. À cet effet, les personnes assurées sont attribuées au groupe d'âge correspondant à leur âge actuel.
- 16.2 Le chiffre 12.2 des Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires ne s'applique pas à l'assurance HOSPITAL FLEX.

## Divers

### 17 Système de bonus

L'assureur se réserve le droit d'incorporer un système de bonus à la présente assurance complémentaire d'hospitalisation. Les personnes assurées seront automatiquement transférées dans le produit d'assurance adapté en fonction du changement de système. En dérogation aux dispositions ordinaires régissant la résiliation selon les CGA, ces personnes auront le droit de renoncer à l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL FLEX dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur du transfert.

### 18 Suspension de la couverture d'assurance

- 18.1 Moyennant une réduction de la prime, le preneur d'assurance peut suspendre le droit aux prestations de l'assurance HOSPITAL FLEX à condition qu'il apporte la preuve qu'il dispose d'une autre couverture d'assurance pour l'assurance à suspendre (contrat collectif, assurance-maladie d'entreprise, assurance à l'étranger, etc.).
- 18.2 Le preneur d'assurance doit réactiver la couverture d'assurance dans les 30 jours qui suivent la cessation de l'autre couverture d'assurance, la prime étant adaptée au sens du ch. 12 CGA. Si ce délai n'est pas respecté, le maintien des catégories d'assurance a lieu aux conditions d'une nouvelle admission.

