

Assurance-hospitalisation

Conditions complémentaires d'assurance (CCA)

	Article	
I. Généralités		I. Généralités
Objet de l'assurance	1	1 Objet de l'assurance
Possibilités d'assurance	2	1.1 L'Assurance-hospitalisation est considérée comme assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins dans le cadre des Conditions générales d'assurance pour les Assurances complémentaires des soins (CGA).
Conclusion de l'assurance avant la naissance	3	1.2 L'Assurance-hospitalisation prend en charge les frais en cas de séjour dans un hôpital. Elle accorde de plus des prestations pour les cures balnéaires et de convalescence ainsi que pour l'aide familiale.
Définitions	4	1.3 Pour l'assuré qui a conclu une forme particulière d'assurance conformément à l'art. 62 LAMal (p.ex. HMO, modèle du médecin de famille), s'appliquent en outre les Conditions particulières d'assurance (CPA) correspondantes.
Dispositions applicables	5	
II. Prestations		2 Possibilités d'assurance
Nécessité de séjour dans un hôpital de soins aigus	6	2.1 Les possibilités d'assurance suivantes peuvent être choisies:
Étendue des prestations	7	– Assurance-hospitalisation PRIVÉE: séjour en division privée
Durée des prestations	8	– Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: séjour en division mi-privée
Prestations en cas de sous-assurance	9	– Assurance-hospitalisation COMMUNE: séjour en division commune dans toute la suisse
Cures balnéaires	10	2.2 abrogé.
Cures de convalescence	11	2.3 Ces possibilités d'assurance peuvent être conclues avec les options suivantes:
Obligation de déclarer	12	– sans couverture du risque accident
Aide familiale	13	– avec couverture du risque accident
Seconde opinion	14	– sans franchise
Prestations à l'étranger	15	– avec franchise à option (Assurance-hospitalisation PRIVÉE et Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE)
Assurance-hospitalisation PRIVÉE	16	– avec libre choix de l'hôpital selon la LAMal
Versement des prestations	16	– avec choix restreint de l'hôpital
Prestations exclues	17	– avec extension du choix de l'hôpital
III. Variantes de l'Assurance-hospitalisation		3 Conclusion de l'assurance avant la naissance
Franchise à option	18	Lorsque la proposition d'assurance est présentée avant la naissance, l'enfant est accepté sans réserve dans l'Assurance-hospitalisation COMMUNE. La conclusion d'assurance avant la naissance n'est pas possible pour l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE et l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE.
Choix restreint de l'hôpital	19	
Extension du choix de l'hôpital	20	
IV. Disposition transitoire		
Rabais de primes	21	

4 Définitions

- 4.1 Sont réputés hôpitaux, les établissements hospitaliers placés sous direction et surveillance médicales ou leurs divisions qui servent au traitement stationnaire de maladies aiguës ou de suites d'accident ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation et qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux (art. 39 al. 1 let. e LAMal). Ils doivent garantir une assistance médicale suffisante, disposer du personnel qualifié nécessaire et d'équipements médicaux adéquats et garantir la fourniture adéquate des soins pharmaceutiques. Dans ce sens, les cliniques psychiatriques sont également considérées comme hôpitaux.
- 4.2 Ne sont pas réputés hôpitaux, les établissements de cure, les homes pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux, les homes pour malades chroniques, les hospices pour personnes en fin de vie et autres établissements hospitaliers qui ne sont pas prévus pour le traitement de patients atteints d'une maladie aiguë.
- 4.3 Est réputée division privée, une chambre à un lit ou exceptionnellement à deux lits avec tarif reconnu par l'assureur.
- 4.4 Est réputée division mi-privée, une chambre à deux lits ou exceptionnellement à plus de deux lits avec tarif reconnu par l'assureur.
- 4.5 Est réputée division commune, une chambre à plusieurs lits avec tarif reconnu par l'assureur.
- 4.6 Lorsqu'un hôpital ne connaît aucun critère de classification pour les divisions hospitalières ou en applique d'autres que ceux mentionnés ci-dessus ou lorsque les tarifs d'une division ne sont pas reconnus par l'assureur, il s'agit alors d'une division privée. L'assureur peut fixer des tarifs maximaux, considérés comme critère pour le classement des divisions assurées. L'assureur tient une liste des hôpitaux qui ne disposent d'aucune division privée, mi-privée ou commune au sens des présentes dispositions. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.

5 Dispositions applicables

Pour toutes les questions qui ne font pas l'objet d'une réglementation particulière dans le cadre des présentes Conditions complémentaires d'assurance, les dispositions légales et les Conditions générales d'assurance pour les Assurances complémentaires des soins (CGA) sont applicables.

II. Prestations

6 Nécessité de séjour dans un hôpital de soins aigus

- Les prestations hospitalières sont accordées:
- 6.1 si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, il y a une nécessité de séjourner dans un hôpital de soins aigus;
- 6.2 pour l'hôpital de soins aigus ou la division d'hôpital, dans lesquels l'assuré doit séjourner pour des raisons médicales.

7 Étendue des prestations

- 7.1 Si et aussi longtemps que les conditions relatives à l'octroi des prestations sont remplies, les prestations couvrent tous les frais de séjour et de traitements scientifiquement reconnus, dans un hôpital de soins aigus, ainsi que les frais de traitement des médecins en fonction de l'assurance convenue (division commune, mi-privée ou privée) et selon le tarif reconnu par l'assureur.
- 7.2 Si une intervention ambulatoire moins coûteuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital de soins aigus et si une convention existe entre l'institution dans laquelle l'intervention ambulatoire est pratiquée et l'assureur, les frais de l'intervention sont pris en charge par l'Assurance-hospitalisation selon les tarifs conventionnels. Aucune participation aux coûts ne sera perçue pour les frais excédant les prestations légales obligatoires.

8 Durée des prestations

- 8.1 En cas de traitement stationnaire dans un hôpital de soins aigus, les prestations assurées sont versées sans limite de durée, aussi longtemps qu'existe la nécessité de séjourner dans un hôpital de soins aigus.
- 8.2 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un autre hôpital, les prestations assurées sont versées aussi longtemps que le séjour dans la clinique psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un autre hôpital est nécessaire sur le plan médical et que la maladie n'est pas de nature chronique, mais tout au plus durant 180 jours en l'espace de 365 jours consécutifs.

9 Prestations en cas de sous-assurance

- 9.1 Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: en cas de séjour en division privée, les frais sont remboursés à raison de 75% des prestations de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE, mais tout au plus à raison de 75% du tarif maximal prévu à l'art. 4.6.

9.2 Assurance-hospitalisation COMMUNE: en cas de séjour en division privée, les frais sont remboursés à raison de 20% des prestations de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE et en cas de séjour en division mi-privée à raison de 40% des prestations de l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE, mais tout au plus à raison de 20%, resp. 40% du tarif maximal prévu à l'art. 4.6.

9.3 Assurance-hospitalisation PRIVÉE: en cas de séjour dans un hôpital dont les tarifs dépassent les tarifs reconnus par l'assureur pour une division privée, les frais remboursés ne dépasseront pas le tarif maximal prévu à l'art. 4.6.

9.4 En cas d'accouchement en division privée ou mi-privée d'un établissement hospitalier ou en division commune d'un hôpital extra-cantonal, les frais non couverts pour le nouveau-né en bonne santé, qui est assuré auprès de l'assureur depuis sa naissance, sont pris en charge par l'Assurance-hospitalisation de la mère.

10 Cures balnéaires

10.1 En cas de cures balnéaires stationnaires, effectuées sur prescription médicale dans une station thermique suisse dirigée par un médecin et correspondant à l'art. 40 LAMal, les prestations suivantes sont versées par jour:

- Assurance-hospitalisation PRIVÉE: jusqu'à concurrence de CHF 70
- Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: jusqu'à concurrence de CHF 50
- Assurance-hospitalisation COMMUNE: jusqu'à concurrence de CHF 30

Ces montants sont également accordés lorsque la cure balnéaire stationnaire prescrite par un médecin, a lieu dans une station thermique européenne dirigée par un médecin, disposant du personnel professionnel requis et proposant une thérapie appropriée pour le traitement des patients de cures balnéaires.

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

10.3 La prestation journalière assurée est versée au maximum pendant 21 jours par année civile.

11 Cures de convalescence

11.1 Si un séjour de cure est médicalement nécessaire et ordonné par un médecin pour la guérison ou la convalescence consécutive à une maladie grave ou à une opération grave, les prestations journalières suivantes sont allouées:

- Assurance-hospitalisation PRIVÉE: jusqu'à concurrence de CHF 70
- Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: jusqu'à concurrence de CHF 50
- Assurance-hospitalisation COMMUNE: jusqu'à concurrence de CHF 30

11.2 La cure doit avoir lieu dans un établissement de cure suisse reconnu par l'assureur. L'assureur tient une liste des établissements de cure qu'il reconnaît. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.

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

12 Obligation de déclarer

L'ordonnance de cure, établie par un 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.

13 Aide familiale

13.1 Si, en cas d'une incapacité totale de travail, l'assuré doit, sur prescription médicale, faire appel à une aide familiale, en raison de son état de santé et de circonstances personnelles et familiales, pour les frais dûment justifiés et non couverts par l'assurance DIVERSA, les prestations journalières suivantes sont allouées:

- Assurance-hospitalisation PRIVÉE: jusqu'à concurrence de CHF 70
- Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: jusqu'à concurrence de CHF 50
- Assurance-hospitalisation COMMUNE: jusqu'à concurrence de CHF 30

13.2 Est considérée comme aide familiale la personne qui, à titre professionnel, pour son compte ou celui d'une organisation, s'occupe du ménage en lieu et place de l'assuré. Le même montant peut être accordé, si une autre personne s'occupe du ménage en lieu et place de l'assuré malade et que les frais correspondants sont dûment justifiés.

13.3 La prestation journalière assurée est accordée 30 fois au maximum par année civile.

13.4 Les prestations pour aide familiale ne sont pas accordées simultanément avec d'autres prestations de l'Assurance-hospitalisation.

14 **Seconde opinion**

Avant une opération, l'assuré peut s'adresser au médecin-conseil de l'assureur pour obtenir une appréciation de la nécessité médicale de cette intervention par celui-ci ou un autre médecin. Les coûts de cet examen sont à la charge de l'assureur.

15 **Prestations à l'étranger Assurance-hospitalisation PRIVÉE**

15.1 En cas d'hospitalisation aiguë ou planifiée et médicalement nécessaire dans un hôpital de soins aigus ou une clinique psychiatrique à l'étranger, les frais pour le traitement médical scientifiquement reconnu en Suisse et les frais de logement et de pension sont couverts par l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE. Aucune prestation n'est accordée de l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE et de l'Assurance-hospitalisation COMMUNE.

15.2 En cas de traitement stationnaire planifiable à l'étranger, la demande de garantie de paiement doit parvenir à l'assureur au plus tard 7 jours avant l'entrée à l'hôpital. La demande doit contenir la date d'entrée, le traitement médical prévu ainsi que le fournisseur de prestations et la division choisis. Si la demande n'est pas parvenue à l'assureur jusqu'à ce moment-là, aucune prestation ne sera accordée au titre de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE. Si aucune garantie de paiement n'a été donnée par l'assureur au moment de l'entrée à l'hôpital, aucune prestation ne sera prise en charge au titre de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE.

15.3 L'assuré doit fournir les indications médicales nécessaires au versement des prestations et présenter la facture originale détaillée dans l'une des langues nationales suisses ou en anglais. Si l'assuré ne peut fournir aucune facture détaillée, les prestations seront fixées en tenant compte du genre, de la gravité et de la durée de la maladie resp. des suites d'un accident.

15.4 Pour les frontaliers, on entend par étranger les territoires qui se trouvent hors de la Suisse et d'un corridor limitrophe de 20 km à partir de la frontière nationale Suisse.

16 **Versement des prestations**

Le versement des prestations est régi par les dispositions de l'art. 33 CGA.

Si le canton de résidence, en contradiction avec l'art. 41 al. 3 LAMal, refuse de prendre en charge les frais supplémentaires découlant d'une hospitalisation extra-cantonale médicalement justifiée, l'assureur établit le décompte de ses prestations comme si le canton endossait le supplément des frais hors canton dans le cadre d'un séjour en division commune.

17 **Prestations exclues**

L'Assurance-hospitalisation n'octroie aucune prestation:

17.1 pour les traitements ambulatoires, à l'exception de l'art. 7.2;

17.2 pour le traitement et le séjour dans des hôpitaux de soins aigus et des cliniques psychiatriques en raison d'un abus de drogues, de stupéfiants, d'alcool ou de médicaments ainsi que d'une maladie chronique;

17.3 pour les frais personnels (téléphone, frais de port, TV, radio, etc.);

17.4 pour les traitements dentaires qui ne font pas partie des prestations obligatoires de l'assurance obligatoire des soins;

17.5 pour le traitement, les soins, la surveillance et le séjour dans un établissement médico-social et dans un home pour malades chroniques ou personnes âgées;

17.6 pour le traitement et le séjour en cas de transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) a convenu des forfaits par cas. Ceci est également valable pour les cliniques dans lesquelles aucun forfait par cas n'a été convenu;

17.7 pour les traitements dans les hôpitaux ne figurant pas sur la liste cantonale des hôpitaux (art. 39 al. 1 let. e LAMal). L'assurance avec extension du choix de l'hôpital demeure réservée;

17.8 dans l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE et l'Assurance-hospitalisation COMMUNE: pour les traitements à l'étranger;

17.9 dans les cas mentionnés à l'art. 31 CGA.

III. Variantes de l'Assurance-hospitalisation

18 **Franchise à option**

18.1 Moyennant une réduction correspondante des primes, les assurés de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE et de l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE ont la possibilité d'assumer eux-mêmes les frais occasionnés à la charge de l'Assurance-hospitalisation jusqu'à concurrence d'un montant fixe par année civile (franchise). Les franchises à option suivantes sont possibles:

CHF 1'000 par année civile

CHF 2'000 par année civile

CHF 3'000 par année civile

CHF 5'000 par année civile ou

CHF 10'000 par année civile

18.2 Le choix d'une franchise dans l'Assurance-hospitalisation déjà existante est possible indépendamment de l'état de santé et de l'âge pour le début d'un mois.

- 18.3 Le passage d'une franchise plus basse à une plus élevée est possible indépendamment de l'état de santé et de l'âge pour la fin d'une année civile.
- 18.4 Une nouvelle procédure d'affiliation au moyen d'une proposition d'assurance est requise pour le passage à une franchise plus basse. Ce changement est possible pour la fin d'une année civile, pour la première fois, après une durée d'assurance de trois ans, en respectant un délai de résiliation de trois mois.
- 18.5 Si l'assurance avec franchise à option n'existe pas pendant toute la durée d'une année civile, la franchise est calculée pro rata temporis.
- 18.6 En cas de recours aux prestations de l'Assurance-hospitalisation, les assurés avec franchise à option assumeront tout d'abord la franchise choisie par année civile.
- 18.7 Lors d'un séjour hospitalier de 30 jours au maximum dont la durée dépasse la fin de l'année, la franchise à option n'est perçue qu'une seule fois au titre de l'année civile où le séjour hospitalier a commencé.
- 18.8 Lorsque des assurés avec une franchise à option se rendent dans une division commune selon l'art. 4.5, il est renoncé à la perception de la franchise.
- 18.9 Lorsque des assurés de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE avec une franchise à option se rendent pour leur hospitalisation dans une division mi-privée selon l'art. 4.4, il n'est perçu que la moitié de la franchise à option.

19 Choix restreint de l'hôpital

- 19.1 Moyennant une réduction correspondante des primes, les assurés au bénéfice de l'Assurance-hospitalisation ont la possibilité de souscrire la variante impliquant un choix restreint de l'hôpital.
- 19.2 Dans la variante impliquant un choix restreint de l'hôpital, la couverture des prestations se limite aux hôpitaux de soins aigus, désignés par l'assureur. L'assureur tient une liste des hôpitaux de soins aigus qui peuvent être choisis dans cette variante. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.
- 19.3 En cas d'urgence ou si les prestations nécessaires ne peuvent pas être offertes dans les hôpitaux de soins aigus figurant sur la liste, les frais sont couverts intégralement. L'art. 9 demeure réservé.
- 19.4 Le passage de la variante impliquant un choix restreint de l'hôpital à une variante de couverture sans restriction du choix de l'hôpital est possible pour la première fois après une durée d'assurance de trois ans pour la fin d'une année civile, puis pour la fin de chaque année civile. Un délai de résiliation de 12 mois doit être observé dans tous les cas. Une nouvelle procédure d'admission au moyen d'une proposition d'assurance n'est pas nécessaire.

20 Extension du choix de l'hôpital

- 20.1 Moyennant une augmentation correspondante des primes, l'assuré de l'Assurance-hospitalisation a la possibilité de conclure la variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital.
- 20.2 Dans la variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital, l'assureur accorde également des prestations pour des séjours dans les hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux (art. 39 al. 1 let. e LAMal).
- 20.3 Les prestations versées atteignent au plus le tarif maximal reconnu par l'assureur pour l'hôpital concerné.

IV. Disposition transitoire

21 Rabais de primes

Les assurés qui ont conclu l'Assurance-hospitalisation avant 1997 bénéficient d'un rabais de primes. Le montant de cette réduction dépend de la durée de l'assurance au 31 décembre 1996.



CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch