

Edition du 1^{er} septembre 2018

Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) Assurances complémentaires d'hospitalisation HOSPITAL Demi-Privée et HOSPITAL Privée

Table des matières

Généralités

- 1 But et risques assurés
 - 2 Possibilités d'assurance
- #### Prestations
- 3 Fournisseurs de prestations reconnus
 - 4 Nécessité d'hospitalisation
 - 5 Prestations hospitalières
 - 6 Durée des prestations
 - 7 Soins aigus et de transition
 - 8 Prestations à l'étranger
 - 9 Prestations en cas de maternité (grossesse et accouchement)
 - 10 Coûts du transport aller et retour
 - 11 Prestations pour les frais de personnes accompagnantes (rooming-in)
 - 12 Cures balnéaires ou de convalescence
 - 13 Aide ménagère
 - 14 Garde d'enfants
- #### Divers
- 15 Adaptations des primes
 - 16 Couverture des coûts pour les formes d'assurances particulières dans l'AOS
 - 17 Variante d'assurance sans prestation de maternité et délai de carence
 - 18 Variante d'assurance sans couverture accident

Généralités

1 But et risques assurés

- 1.1 Les assurances complémentaires d'hospitalisation HOSPITAL Demi-Privée et HOSPITAL Privée couvrent les frais de séjour et de traitement dans un hôpital (également dans une clinique ou une maison de naissance) et contribuent à l'hôtellerie des soins aigus et de transition stationnaires, au rooming-in, aux cures balnéaires et de convalescence, à l'aide ménagère ainsi qu'à la garde d'enfants.
- 1.2 Les risques assurés comprennent la maladie et, s'ils sont inclus, l'accident et la maternité.

2 Possibilités d'assurance

- Pour le séjour stationnaire à l'hôpital, les possibilités d'assurances suivantes sont disponibles :
- 2.1 L'assurance HOSPITAL Demi-Privée couvre, dans le cadre des dispositions ci-après, les coûts d'hospitali-

sation et de traitement d'un séjour stationnaire dans une chambre à deux lits de la division demi-privée d'un hôpital reconnu.

- 2.2 L'assurance HOSPITAL Privée couvre, dans le cadre des dispositions ci-après, les coûts d'hospitalisation et de traitement d'un séjour stationnaire dans une chambre à un lit de la division privée d'un hôpital reconnu.

Prestations

3 Fournisseurs de prestations reconnus

- 3.1 HOSPITAL Demi-Privée ou HOSPITAL Privée prennent en charge les frais de séjour et de traitement dans des hôpitaux qui remplissent les conditions cumulées suivantes (hôpitaux reconnus) :
 - hôpitaux qui figurent sur les listes cantonales des hôpitaux et de la planification selon l'art. 39 LAMal (hôpitaux répertoriés) ou avec lesquels Helsana a conclu une convention selon l'art. 49a al. 4 LAMal pour le domaine de prestations correspondant (hôpitaux conventionnés LAMal) et
 - hôpitaux avec lesquels Helsana a conclu une convention tarifaire pour la division demi-privée ou privée pour toute l'offre de prestations ou pour certaines spécialités de l'hôpital.
- 3.2 Concernant les hôpitaux qui ne remplissent pas les conditions selon le ch. 3.1 à la date du séjour ou du traitement, il n'y a aucun droit à la prise en charge des coûts.
- 3.3 Helsana tient une liste des :
 - hôpitaux conventionnés LAMal qui renseigne sur les domaines de prestations reconnus (liste positive) ainsi que des
 - hôpitaux avec lesquels Helsana n'a conclu aucune convention tarifaire pour la division demi-privée ou privée pour toute l'offre de prestations ou pour certaines spécialités de l'hôpital (liste négative).Les listes sont constamment mises à jour et peuvent être consultées sur le site Internet d'Helsana ou être demandées à Helsana dans leur version respectivement valable.
- 3.4 HOSPITAL Demi-Privée ou HOSPITAL Privée remboursent les coûts des médecins qui effectuent à l'hôpital des traitements en toute indépendance et pour leur propre compte (médecins agréés), si le trai-



tement stationnaire est effectué dans un hôpital reconnu selon le ch. 3.1 et 3.3 et que les médecins agréés sont reconnus par Helsana (médecins agréés reconnus).

Les médecins agréés non reconnus sont tenus par Helsana sur une liste (liste négative). Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée sur le site Internet d'Helsana ou être demandée à Helsana dans sa version respectivement valable.

4 Nécessité d'hospitalisation

Les prestations assurées sont fournies dans le cadre d'un séjour à l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée requiert un traitement stationnaire.

5 Prestations hospitalières

5.1 Les prestations suivantes sont remboursées en cas de traitements hospitaliers dans un hôpital reconnu :

- a) les frais d'hébergement et de pension (hôtellerie) ;
- b) les honoraires des médecins employés par l'hôpital reconnu ; les honoraires des médecins agréés reconnus ;
- c) les coûts des mesures thérapeutiques et diagnostiques scientifiquement reconnues ;
- d) les soins aux malades à l'hôpital.

5.2 Concernant les traitements dentaires, des prestations sont prises en charge selon ch. 5.1, pour autant qu'il y ait une obligation d'allouer des prestations selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et qu'un séjour stationnaire soit requis.

5.3 Les personnes au bénéfice d'une assurance demi-privée obtiennent en cas de séjour dans la division privée d'un hôpital reconnu dans le sens du ch. 3 le remboursement des frais dus pour un séjour en division demi-privée. Si aucun tarif correspondant pour les divisions demi-privées n'a été convenu avec cet hôpital, au maximum 50% du tarif convenu pour la division privée sont remboursés.

5.4 En cas de séjour stationnaire d'au moins 3 nuits dans un hôpital reconnu pour la variante d'assurance choisie, dans une division plus avantageuse que la division assurée, Helsana verse une indemnité forfaitaire à la place de la prestation assurée. Les indemnités respectivement en vigueur peuvent être consultées sur le site Internet d'Helsana ou être demandées à Helsana.

5.5 Une franchise convenue dans la police n'est perçue qu'en cas de traitements hospitaliers.

6 Durée des prestations

6.1 En cas de traitement stationnaire dans un hôpital pour soins aigus reconnu ou dans une clinique de réadaptation reconnue, les prestations assurées sont octroyées, aussi longtemps qu'un séjour est médicalement nécessaire en raison du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble.

6.2 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique reconnue, les prestations assurées sont octroyées au titre d'HOSPITAL Demi-privée au maximum pendant 90 jours et au titre d'HOSPITAL Privée au maximum pendant 180 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.

6.3 Aucune prestation n'est accordée pour les séjours dans les cliniques psychiatriques de jour ou de nuit.

7 Soins aigus et de transition

En cas de soins stationnaires aigus ou de transition prescrits selon les conditions de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) par l'hôpital à la suite d'une hospitalisation, Helsana prend en charge les coûts non couverts pour l'hébergement et la pension :

- a) HOSPITAL Demi-Privée jusqu'à CHF 120.-/jour pendant max. 14 jours par année civile
- b) HOSPITAL Privée jusqu'à CHF 240.-/jour pendant max. 14 jours par année civile

8 Prestations à l'étranger

8.1 En cas de traitements hospitaliers à l'étranger, des coûts d'un montant suivant sont pris en charge, pour autant que les mesures médicales s'avèrent efficaces, adéquates et économiques :

- a) HOSPITAL Demi-privée : coûts attestés jusqu'à CHF 1500.- par jour
- b) HOSPITAL Privée : coûts attestés sans limitation de montant

8.2 Dans le cas d'un traitement d'urgence, les prestations stationnaires dans un hôpital pour soins aigus sont remboursées jusqu'à ce que le retour dans le pays de domicile puisse raisonnablement être exigé.

8.3 Dans le cas de traitements ciblés pour lesquelles une personne assurée se rend dans un autre pays que le pays de domicile, une demande de prise en charge des coûts doit être remise à Helsana. Il en va de même quand des mesures médicales hors du pays de domicile sont prévues après un traitement déjà effectué. La prise en charge des coûts pour le traitement n'intervient qu'en cas de garantie préalable octroyée par Helsana.

8.4 Un formulaire de demande de prise en charge des coûts correspondant est disponible sur le site Internet d'Helsana et il doit être remis à Helsana en temps utile, après avoir été entièrement complété. Une garantie de prise en charge des coûts est accordée si le traitement envisagé doit avoir lieu à l'étranger pour des raisons personnelles, familiales ou médicales et à condition que les coûts soient justifiés en comparaison avec un traitement en division demi-privée ou privée en Suisse.

8.5 Aucune prestation n'est en principe accordée pour les mesures médicales qui ne sont pas reconnues en Suisse à la date de la demande (p. ex. recherche expérimentale).



- 9 Prestations en cas de maternité (grossesse et accouchement)**
- 9.1 Si la maternité est incluse et que le délai de carence a expiré (ch. 17.2), les prestations prises en charge pour la grossesse et l'accouchement sont les mêmes que pour la maladie.
- 9.2 Les coûts pour le séjour du nouveau-né sain sont pris en charge au titre de l'assurance de la mère pour la durée du séjour de la mère à l'hôpital.
- 9.3 En cas d'accouchement ambulatoire dans une maison de naissance, au domicile ou en ambulatoire à l'hôpital, Helsana verse le forfait de naissance suivant sous la forme d'un montant maximal unique, même en cas de naissances multiples :
- HOSPITAL Demi-privée : CHF 1500.–
 - HOSPITAL Privée : CHF 3000.–
- 10 Coûts du transport aller et retour**
- 10.1 Pour le transport jusqu'à l'hôpital et le retour au domicile, Helsana prend exhaustivement en charge les prestations suivantes :
- HOSPITAL Demi-privée : max. CHF 250.– par année civile
 - HOSPITAL Privée : max. CHF 500.– par année civile
- 10.2 Le droit au remboursement ne concerne que les frais de transport attestés en Suisse, d'entreprises de taxi ou de transports publics (aucun trajet assuré par des particuliers).
- 10.3 Le voyage aller-retour doit être en relation directe avec la prestation hospitalière stationnaire prévue et remboursée par la présente assurance.
- 11 Prestations pour les frais de personnes accompagnatrices (rooming-in)**
- En cas de traitement stationnaire, les prestations suivantes sont versées sur les coûts attestés de l'hébergement et de la restauration d'un proche de la personne assurée à l'hôpital :
- HOSPITAL Demi-Privée jusqu'à CHF 100.–/jour pendant max. 15 jours par année civile
 - HOSPITAL Privée jusqu'à CHF 200.–/jour pendant max. 15 jours par année civile
- Les coûts de la restauration ne sont versés qu'en relation avec un hébergement.
- 12 Cures balnéaires ou de convalescence**
- 12.1 Les prestations suivantes sont versées sur les coûts attestés dans le cas d'une cure balnéaire ou de convalescence :
- HOSPITAL Demi-Privée jusqu'à CHF 100.–/jour pendant max. 21 jours par année civile
 - HOSPITAL Privée jusqu'à CHF 200.–/jour pendant max. 21 jours par année civile
- 12.2 Le droit aux prestations pour les cures balnéaires n'est effectif que si une telle cure a été prescrite par le médecin avant l'entrée en cure et qu'elle est réalisée de façon stationnaire dans un établissement balnéaire autorisé selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Il faut que la cure balnéaire ait été précédée d'un traitement intensif, scientifiquement reconnu et approprié, sauf si une telle thérapie est impossible. En outre, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et les traitements balnéaires ou physiothérapeutes doivent être effectués selon un plan de cure. Une cure balnéaire doit durer au moins 14 jours.
- 12.3 Sur demande, Helsana peut aussi accorder des prestations pour une cure balnéaire dans un établissement balnéaire étranger, pour autant que les conditions selon le ch. 12.2 soient remplies (à l'exception de l'autorisation par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)).
- 12.4 Il existe un droit aux prestations pour les cures de convalescence quand une telle cure est médicalement nécessaire pour la guérison ou la convalescence après une maladie grave, a été prescrite par un médecin avant l'entrée en cure et est réalisée dans un établissement de cure reconnu par Helsana en Suisse.
- 12.5 L'ordonnance médicale doit être remise à Helsana avant l'entrée en cure, et mentionner l'établissement thermal ou de cure, ainsi que la date d'entrée en cure.
- 13 Aide ménagère**
- 13.1 Si, en raison d'une incapacité de travail à 100% due à son état de santé et en raison des conditions familiales personnelles, la personne assurée a besoin, sur la base d'une ordonnance médicale, d'une aide ménagère et uniquement si cela permet d'éviter ou de réduire un séjour en hôpital pour soins aigus ou dans un établissement de cure, les prestations suivantes sont accordées pour les frais attestés :
- HOSPITAL Demi-Privée jusqu'à CHF 100.–/jour pendant max. 30 jours par année civile
 - HOSPITAL Privée jusqu'à CHF 200.–/jour pendant max. 30 jours par année civile
- 13.2 Est considérée comme aide ménagère toute personne qui, à titre personnel ou pour une organisation, se charge professionnellement du ménage à la place de la personne assurée.
- 13.3 Peut également être reconnue comme aide ménagère la personne qui se charge du ménage à la place d'une personne assurée malade et pour laquelle il en résulte, dans son activité professionnelle, un manque à gagner dont elle peut apporter la preuve.
- 13.4 L'assureur n'accorde pas de prestations pour aide ménagère en cas de séjour dans un établissement médico-social ou un établissement analogue.
- 14 Garde d'enfants**
- 14.1 Pour la garde des enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, Helsana prend en charge les coûts comme suit :
- HOSPITAL Demi-Privée jusqu'à 60 heures par année civile
 - HOSPITAL Privée jusqu'à 120 heures par année civile



- 14.2 Les prestations sont accordées comme suit :
- Si un enfant couvert par la présente assurance tombe malade ou est accidenté jusqu'à l'âge de 15 ans, la garde d'enfants inclut les soins corporels de l'enfant, l'administration de médicaments ainsi que la préparation des repas au domicile, pour autant qu'il n'y ait aucune obligation d'allouer des prestations pour les soins à domicile selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).
 - Si une personne ayant l'autorité parentale couverte par la présente assurance effectue un séjour stationnaire à l'hôpital, elle a droit à la garde de ses enfants au domicile.
- 14.3 Le droit aux prestations est limité aux interventions en Suisse et est accordé à condition que la centrale d'appels d'urgence désignée par Helsana ait été préalablement contactée et que la garde ait été organisée par celle-ci.
- 14.4 Au cas où la centrale d'appels d'urgence ne serait pas en mesure d'organiser la garde d'enfants, une contribution d'au plus CHF 25.- par heure est octroyée sur les coûts de garde attestés.

Divers

15 Adaptations des primes

- 15.1 Les primes sont calculées en fonction de l'âge, du sexe et de la région de résidence de la personne assurée. À cet effet, les personnes assurées sont affectées au groupe d'âge correspondant à leur âge actuel.
- 15.2 Le ch. 12.2 CGA pour les assurances-maladie complémentaires n'est pas applicable.

16 Couverture des coûts pour les formes d'assurances particulières dans l'AOS

Les personnes assurées qui ont convenu dans l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (AOS) une forme d'assurance particulière (p. ex. HMO, autres modèles de médecin de famille ou modèles d'assurance avec limitation du choix des fournisseurs de prestations) et qui perdent leur droit aux prestations à charge de l'AOS suite à une infraction aux conditions d'assurance en vigueur, n'ont aucun droit à la prise en charge de ces coûts au titre de la présente assurance.

17 Variante d'assurance sans prestation de maternité et délai de carence

- 17.1 La couverture d'assurance pour la maternité peut être exclue, la réduction des primes dépendant du groupe d'âge.
- 17.2 Si la maternité est incluse ou de nouveau incluse, les prestations correspondantes ne sont accordées qu'après l'écoulement d'un délai de carence de 365 jours dès le moment de l'entrée en vigueur de la modification du contrat. En cas de passage d'HOSPITAL Demi-privée à HOSPITAL Privée, ou inversement, les délais de carence en cours sont pris en compte. Les délais de carence en cours au titre d'autres produits d'assurance ne sont, en revanche, pas pris en compte.

18 Variante d'assurance sans couverture accident

La couverture d'assurance pour les séquelles d'accidents peut être exclue moyennant une réduction de primes.

