

Édition du 1^{er} janvier 2014

Conditions d'assurance (CA) VIVANTE – l'assurance des soins de longue durée pour les privés

Table des matières

Introduction

Couverture d'assurance

- 1 Quelle protection VIVANTE offre-t-elle?
- 2 Comment la nécessité de soins est-elle déterminée?
- 3 Quels sont les différents niveaux de soins?

Prestations

- 4 Quand le droit aux prestations débute-t-il?
- 5 Quand le droit aux prestations change-t-il/s'éteint-il?

Octroi des prestations

- 6 Par qui et comment l'attribution à un niveau de soins est-elle effectuée?
- 7 Comment et où les prestations sont-elles fournies?
- 8 Dans quels cas aucune prestation n'est-elle versée?
- 9 Quels sont les devoirs de la personne assurée en cas de sinistre?

Dispositions générales

Durée d'assurance

- 10 Quand la couverture d'assurance débute-t-elle?
- 11 Quand le rapport d'assurance prend-il fin?
- 12 Comment l'assurance peut-elle être résiliée?
- 13 Quand l'assureur peut-il modifier le rapport d'assurance et en particulier les Conditions d'assurance?

Primes

- 14 Comment les primes sont-elles perçues?
- 15 Quand et comment les primes sont-elles adaptées?
- 16 Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées dans les délais?
- 17 Quels cas donnent droit à une restitution de la prime?
- 18 Les primes peuvent-elles être compensées avec des prestations ou des prestations peuvent-elles être cédées ou mises en gage?

Exclusions de prestations

- 19 Quels cas ne sont pas assurés?

Protection des données

- 20 Qu'advient-il de mes données?
- 21 Qui fait partie du Groupe Helsana?
- 22 Qui fait partie des entreprises partenaires du Groupe Helsana?
- 23 Les données personnelles sont-elles transmises à des tiers?

- 24 Pendant combien de temps les données personnelles sont-elles conservées?

Communications

- 25 Quelles sont les conditions applicables en matière de communications?

Obligations de la personne assurée resp. du preneur d'assurance

- 26 Quels sont mes devoirs en tant que personne assurée?

For

- 27 Où se trouve le for?

Droit de résiliation particulier

- 28 Quand le droit de résiliation particulier s'applique-t-il?

Glossaire

Questionnaire pour l'évaluation de la nécessité de soins

Clé pour l'attribution des points

Introduction

Assureur

Helsana Assurances complémentaires SA fournit les prestations d'assurance en sa qualité de partie au contrat d'assurance par rapport aux personnes assurées; il est appelé «assureur».

Vous trouverez les principales dispositions de votre assurance complémentaire:

- dans votre police d'assurance (les détails de votre couverture d'assurance y sont indiqués);
- dans les Conditions particulières d'assurance (CPA) que vous avez éventuellement conclues; le cas échéant, ce serait mentionné dans votre police d'assurance;
- dans les présentes Conditions d'assurance;
- dans la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).

Formulation épicène

Tous les termes utilisés dans le texte pour désigner des personnes s'appliquent aux deux sexes.

Glossaire

Le glossaire en annexe fait partie intégrante des présentes Conditions d'assurance. Les termes en *italique* sont expliqués dans le glossaire.



Couverture d'assurance

1 Quelle protection VIVANTE offre-t-elle?

Selon la variante d'assurance choisie, VIVANTE couvre la *personne assurée* contre les conséquences économiques des soins de longue durée, devenus nécessaires suite à une *maladie* ou à un *accident*. VIVANTE est une assurance de sommes: en cas de *nécessité de soins* démontrée, elle donne droit à des prestations conformément au contrat d'assurance, sans qu'un dommage doive être prouvé.

Il y a nécessité de soins lorsque, suite à une *maladie* ou à un *accident*, la *personne assurée* a besoin d'une *aide importante d'autrui* pour accomplir les *dix actes ordinaires de la vie* sur la durée, c'est-à-dire pendant au moins six mois selon l'expérience médicale.

Le simple fait de devoir surveiller la *personne assurée* n'équivaut pas à une *nécessité de soins*.

2 Comment la nécessité de soins est-elle déterminée?

La *nécessité de soins* de la *personne assurée* se détermine en évaluant à l'aide du questionnaire en annexe le degré d'impotence pour chacun des *dix actes ordinaires de la vie* et en lui attribuant des points. Pour chaque question, on attribue zéro point si l'impotence est nulle, cinq points si l'impotence est moyenne et dix points si l'impotence est grave. Les points obtenus pour les *dix actes ordinaires de la vie* sont ensuite additionnés pour former un résultat compris entre 0 et 100 points.

3 Quels sont les différents niveaux de soins?

Les prestations sont versées selon quatre niveaux de soins:

25% de l'indemnité journalière convenue à partir d'un total de 25 points (niveau de soins 1);

50% de l'indemnité journalière convenue à partir d'un total de 50 points (niveau de soins 2);

75% de l'indemnité journalière convenue à partir d'un total de 75 points (niveau de soins 3);

100% de l'indemnité journalière convenue avec un total de 100 points (niveau de soins 4).

L'indemnité journalière convenue est indiquée dans la police.

Prestations

4 Quand le droit aux prestations débute-t-il?

Le droit à des prestations débute au plus tôt le jour où la *nécessité de soins* est démontrée. À cet effet, les trois conditions suivantes doivent être satisfaites: un certificat médical confirme

- une *maladie* ou un *accident*;
- et une *nécessité de soins* résultante qui perdurera vraisemblablement six mois au moins;
- de plus, l'évaluation effectuée à l'aide du questionnaire (en annexe) indique une *nécessité de soins* d'au moins 25 points.

En cas de *maladie*, il convient en outre d'observer qu'en vertu du délai d'attente, aucun droit aux prestations n'existe pendant les trois premières années après le début de l'assurance. Pour les prestations suite à un *accident*, il n'y a pas de délai d'attente.

Pour les *maladies professionnelles*, un délai d'attente de trois ans est également prévu.

Si une *maladie* ou une *maladie professionnelle* survient durant le délai d'attente et perdure au-delà, le droit aux prestations débute après l'écoulement du délai d'attente.

5 Quand le droit aux prestations change-t-il/s'éteint-il?

Le droit aux prestations change lorsque, suite à une réévaluation de la *nécessité de soins*, il en résulte un niveau de soins différent.

Le droit aux prestations s'éteint lorsque, suite à une réévaluation de la *nécessité de soins*, le total des points du questionnaire est inférieur à 25 points, mais dans tous les cas suite à la résiliation du contrat ou au décès de la *personne assurée*.

Octroi des prestations

6 Par qui et comment l'attribution à un niveau de soins est-elle effectuée?

La *personne assurée* doit annoncer le sinistre à l'assureur dans les 14 jours.

Ensuite, l'assureur demande un rapport médical qui doit confirmer l'existence d'une *maladie* ou d'un *accident* et la *nécessité de soins* (pendant au moins six mois).

Si la *personne assurée* est soignée par un *spécialiste*, l'assureur demande alors à ce dernier d'évaluer la *nécessité de soins*.

Si la *personne assurée* n'est pas soignée par un *spécialiste*, l'assureur demande alors à un *spécialiste* indépendant de procéder à cette évaluation.

Le *spécialiste* détermine la *nécessité de soins* en remplissant le questionnaire et en l'envoyant à l'assureur dans les meilleurs délais pour évaluation.

L'assureur est en droit de procéder en tout temps à des vérifications de l'évaluation médicale, respectivement de la *nécessité de soins*.

7 Comment et où les prestations sont-elles fournies?

Les prestations sont calculées par jour et versées une fois par mois. Le paiement se fait dans la monnaie nationale suisse sur un compte en Suisse.

Pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été conclu avec l'assureur, les prestations assurées ne sont fournies que pour des soins en Suisse.



8 Dans quels cas aucune prestation n'est-elle versée?

Outre les exclusions de prestations prévues au ch. 19, aucune prestation n'est versée pour les cas suivants:

- en cas de *nécessité de soins* qui ne soit pas imputable à une *maladie* ou à un *accident*, en particulier en cas de *maternité*, de lésions prénatales, d'*infirmité congénitale* et de leurs conséquences directes;
- en cas de séjour de la *personne assurée* dans un *hôpital* (p.ex. en raison d'une aggravation temporaire de son état);
- durant le délai d'attente;
- en cas de soins à l'étranger;
- en cas de violation du devoir d'annonce et des obligations en cas de sinistre (sauf si la violation n'est pas imputable à une faute de la *personne assurée*).

9 Quels sont les devoirs de la personne assurée en cas de sinistre?

Chaque cas susceptible de déclencher un droit à des prestations doit être annoncé par écrit à l'assureur dans les 14 jours. Il en va de même pour chaque changement de la *nécessité de soins* et chaque admission ou sortie d'un *hôpital*.

Si la *personne assurée* contrevient à cette règle, l'assureur est en droit de réduire ou de suspendre les prestations. En cas d'annonce tardive de la *nécessité de soins*, le droit aux prestations assurées commence au plus tôt lors de la réception de l'annonce.

Sur demande de l'assureur, la *personne assurée* est tenue de se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur; de même, l'assureur peut demander à un *spécialiste* de procéder à l'examen ou à la réévaluation de la *nécessité de soins*.

Dispositions générales

Durée d'assurance

10 Quand la couverture d'assurance débute-t-elle?

La couverture d'assurance débute à la date indiquée sur la police d'assurance.

La durée d'assurance minimale est d'une année.

À la date d'échéance, le contrat se prolonge tacitement d'une nouvelle année.

11 Quand le rapport d'assurance prend-il fin?

Pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été prévu, l'assurance prend fin:

- en cas de résiliation pour la fin d'une année, en respectant le délai de résiliation convenu;
- en cas de transfert du domicile à l'étranger;
- en cas de décès de la *personne assurée*.

12 Comment l'assurance peut-elle être résiliée?

Après une durée d'assurance ininterrompue d'une année, cette assurance peut être résiliée par écrit pour la fin d'une année civile en respectant un délai de résiliation de trois mois.

La résiliation a lieu à temps lorsqu'elle parvient à l'assureur au plus tard le dernier jour ouvrable du mois précédant le début du délai de résiliation de trois mois.

Après chaque sinistre pour lequel l'assureur accorde des prestations, le preneur d'assurance peut résilier l'assurance par écrit dans les 14 jours qui suivent le versement de l'indemnité ou la prise de connaissance du paiement. La couverture d'assurance s'éteint alors au moment où l'assureur reçoit la résiliation.

Les preneurs d'assurance qui ne sont pas prêts à accepter une adaptation de l'assurance selon le ch. 13 ou une modification des primes selon le ch. 15 des présentes Conditions d'assurance peuvent résilier cette assurance avec effet à la date de modification. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation écrite dans les 30 jours après réception de la communication relative à la modification, cette dernière est considérée comme acceptée.

Les modifications de primes faisant suite à un changement de domicile n'ouvrent pas droit à la résiliation extraordinaire susmentionnée.

L'assureur renonce à son droit légal de résilier le contrat à son échéance ou de s'en départir en cas de sinistre. Demeure réservé le désistement en cas de comportement contraire aux dispositions contractuelles.

13 Quand l'assureur peut-il modifier le rapport d'assurance et en particulier les Conditions d'assurance?

L'assureur est autorisé à adapter les Conditions d'assurance pour l'une des raisons suivantes:

- augmentation du nombre ou établissement de nouveaux types de fournisseurs de prestations;
- développements de la médecine moderne et des soins;
- établissement de formes de thérapies ou de soins nouvelles ou plus coûteuses;
- modifications de prestations dans l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) ou introduction d'une assurance obligatoire de soins.

Si les Conditions d'assurance sont adaptées pour l'une de ces raisons, les nouvelles conditions s'appliquent pour le preneur d'assurance et pour l'assureur. L'assureur communique par écrit ces adaptations aux preneurs d'assurance.

Primes

14 Comment les primes sont-elles perçues?

Les primes sont dues à l'avance pour l'année civile entière.

En cas de conclusion de l'assurance durant l'année civile, les primes sont perçues pour le solde de la période d'assurance. Le mois d'entrée et de sortie doivent être payés dans leur intégralité.

15 Quand et comment les primes sont-elles adaptées?

L'assureur est autorisé à adapter chaque année le tarif des primes en fonction de l'évolution des coûts et des sinistres ainsi qu'en raison de l'adaptation de l'étendue de la couverture. L'assureur communique ces modifications par écrit aux preneurs d'assurance.

Si un changement de domicile a pour corollaire une adaptation des primes, celles-ci sont adaptées dès ce moment.



16 Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées dans les délais?

Si le preneur d'assurance ne s'acquitte pas de son obligation de paiement, il est sommé par écrit de régler son dû dans les 14 jours à compter de l'envoi du rappel, indépendamment des éventuels arrangements de paiement par acomptes. Si le rappel demeure sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulé le délai de rappel. L'assureur se réserve en outre le droit de dénoncer l'assurance.

Pour les *maladies*, les *accidents* et leurs suites survenant durant la suspension des prestations, il n'existe aucun droit à des prestations, même après le paiement subséquent des primes dues.

Le preneur d'assurance est tenu de verser un montant minimal de CHF 50.– à l'assureur à titre de dédommagement pour les frais administratifs supplémentaires résultant de la procédure de rappel.

Si l'assureur doit engager une procédure de poursuites, le preneur d'assurance est tenu de lui verser, outre les frais de poursuites, un montant minimal de CHF 150.– à titre de dédommagement pour les frais administratifs supplémentaires résultant de la procédure.

17 Quels cas donnent droit à une restitution de la prime?

Pour autant que la prime ait été payée d'avance pour une durée d'assurance déterminée et que le contrat soit supprimé avant la fin de cette durée pour un motif prévu par la loi ou le contrat, l'assureur restitue la prime afférente à la période d'assurance qui ne s'est pas encore écoulée.

Il n'existe aucun droit à la restitution de la prime lorsque le contrat a été en vigueur durant moins d'une année et que la personne assurée a demandé la dissolution du contrat par voie de résiliation.

18 Les primes peuvent-elles être compensées avec des prestations ou des prestations peuvent-elles être cédées ou mises en gage?

L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances sur les personnes assurées. En revanche, ces dernières n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de l'assureur.

Sans l'accord écrit de l'assureur, les cessions de prestations à des tiers ou leur mise en gage sont sans validité juridique.

Exclusions de prestations

19 Quels cas ne sont pas assurés?

Outre les exclusions de prestations prévues au ch. 8, aucune prestation n'est versée pour les cas suivants:

- les *maladies*, les *accidents* et leurs suites
 - qui existaient déjà au moment de la conclusion de l'assurance;
 - qui sont survenus après extinction de l'assurance;
 - qui subsistent après extinction de la couverture d'assurance, ceci également lorsque des prestations ont été octroyées pendant la durée d'assurance;

- qui sont la conséquence d'un *danger extraordinaire* ou d'un *acte téméraire*;
 - qui résultent de la consommation d'alcool, de médicaments, de drogues et de substances chimiques;
 - qui sont consécutifs à des événements de guerre en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein;
 - qui sont consécutifs à des événements de guerre à l'étranger sauf si la *personne assurée* est tombée malade ou est accidentée dans les 14 jours qui suivent la première manifestation de tels événements dans le pays dans lequel elle séjourne et si elle y a été surprise par l'apparition des événements guerriers;
 - les traitements et opérations cosmétiques;
 - les dommages à la santé consécutifs à des radiations ionisantes ou dus à l'énergie atomique;
 - les automutilations et les tentatives de suicide;
 - les dommages à la santé provoqués intentionnellement.
- Si le dommage a été provoqué suite à une faute grave, l'assureur peut réduire les prestations en fonction du degré de gravité de la faute.

Protection des données

20 Qu'advient-il de mes données?

Helsana Assurances complémentaires SA et les autres sociétés du Groupe Helsana traitent les informations personnelles des personnes assurées non seulement pour l'exécution du contrat et les conseils personnels et l'assistance aux patients, mais aussi pour améliorer en permanence la qualité des produits et des services qu'elles offrent aux personnes qu'elles pourraient assurer, qu'elles assurent ou qu'elles ont assuré. L'assureur peut externaliser le traitement des données.

Les données sont, pour la création de groupes de clients orientée besoins, exploitées selon des méthodes mathématiques et statistiques afin de répondre de manière aussi optimale que possible aux besoins différenciés et individuels des personnes assurées et d'offrir, pour le compte d'Helsana Assurances complémentaires SA ou des sociétés du Groupe Helsana ou encore des entreprises partenaires (nommément mentionnées sur le site Internet de l'assureur), des produits et des services qui sont avantageux ou auxquels pourraient s'intéresser des personnes assurées potentielles, existantes ou anciennes.

Helsana Assurances complémentaires SA et les autres sociétés du Groupe Helsana sont par conséquent expressément autorisées à consulter le dossier d'assurance-maladie qui, le cas échéant, a été établi au titre de l'assurance de base et/ou de l'assurance complémentaire et à le traiter (uniquement) dans le domaine de l'assurance complémentaire pour les buts précités.



21 Qui fait partie du Groupe Helsana?

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA, Progrès Assurances SA, Helsana Participations SA et Procure Prévoyance SA.

22 Qui fait partie des entreprises partenaires du Groupe Helsana?

Les entreprises partenaires actuelles d'Helsana Assurances complémentaires SA, resp. du Groupe Helsana, sont mentionnées sur le site Internet de l'assureur.

23 Les données personnelles sont-elles transmises à des tiers?

Helsana Assurances complémentaires SA et le Groupe Helsana sont soumis à des prescriptions particulièrement strictes en matière de protection des données. Aucune information personnelle n'est donc en principe communiquée à des tiers en dehors du Groupe Helsana. Seules constituent une exception les cas où la communication des données est expressément prescrite ou autorisée par une disposition légale.

24 Pendant combien de temps les données personnelles sont-elles conservées?

Les données personnelles ne sont ni traitées ni conservées dans une base de données ou sur papier plus longtemps que les dispositions légales ou contractuelles ne l'exigent impérativement. Elles sont ensuite effacées.

Communications

25 Quelles sont les conditions applicables en matière de communications?

Toutes les communications destinées à l'assureur doivent être envoyées à l'adresse mentionnée dans la police.

Les communications de l'assureur à la personne assurée ont lieu valablement à la dernière adresse indiquée par la personne assurée en Suisse. Les modifications des présentes Conditions d'assurance et autres communications officielles sont publiées sur le site Internet de l'assureur ou dans l'annexe annuelle à la police d'assurance.

Obligations de la personne assurée resp. du preneur d'assurance

26 Quels sont les devoirs du preneur d'assurance?

Tous les faits pertinents pour l'évaluation du risque doivent être indiqués de manière complète et conforme à la vérité dans le formulaire de proposition, dans la mesure où ils sont connus de la personne assurée ou devraient l'être à la conclusion de l'assurance. Si de tels faits sont communiqués de manière inexacte ou dissimulés, l'assureur est en droit de dénoncer le contrat par une déclaration écrite, dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la réticence.

Si l'assurance est dissoute suite à une résiliation, l'obligation de prestations de l'assureur s'éteint également pour les dommages antérieurs dont la survenance ou l'étendue a été influencée par un fait important non déclaré ou incorrectement déclaré. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement. Le proposant et la *personne assurée* délient les fournisseurs de prestations, les assureurs-maladie et les autres services compétents de leur obligation légale de garder le secret à l'égard des demandes de renseignements de l'assureur et les autorisent à délivrer les renseignements demandés.

Les changements de domicile doivent être communiqués par écrit à l'assureur dans un délai d'un mois. En cas de sinistre, la *personne assurée* doit tout entreprendre pour accélérer la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir. Elle doit en particulier suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant. Si elle ne se conforme pas à cette obligation de réduire le dommage, l'assureur est en droit de réduire ses prestations en fonction du degré de gravité de la faute.

For

27 Où se trouve le for?

Pour toutes les actions au sujet du présent contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse de la personne assurée, soit ceux du siège de l'assureur.

Droit de résiliation particulier

28 Quand le droit de résiliation particuliers s'applique-t-il?

En dérogation au ch. 12 des présentes Conditions d'assurance, le preneur d'assurance a le droit de résilier l'intégralité du contrat pour les couvertures d'assurance qui étaient en vigueur avant le 1^{er} janvier 2008.

Glossaire

Accident

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Sont considérées comme accidents également les *lésions corporelles assimilées à des accidents*, ainsi que les *maladies professionnelles*.

Acte téméraire

Les actes téméraires sont des actes à l'occasion desquels la *personne assurée* s'expose à un danger particulièrement grand, sans prendre ou pouvoir prendre les mesures qui ramènent le risque à un niveau raisonnable. Toutefois, les prestations restent dues lorsque l'acte en cause, bien que téméraire, était destiné à porter secours à une personne. Est déterminante la liste créée par le Conseil fédéral dans le cadre de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (art. 39 LAA).



Aide d'autrui

L'aide consiste dans la prise en charge ou l'assistance dans l'accomplissement des dix actes ordinaires de la vie. L'aide peut être apportée par des *spécialistes* ou des profanes.

Aide importante

La *nécessité de soins* doit atteindre au moins le niveau 1 afin que l'assuré puisse avoir droit à des prestations.

Danger extraordinaire

Une *personne assurée* s'expose à un danger extraordinaire lorsqu'elle exerce un des actes suivants:

- participation à des émeutes, à des actes de terrorisme, à des actes guerriers ou à des services militaires à l'étranger;
- commission intentionnelle de crimes et délits;
- tentative de commission intentionnelle de crimes et délits;
- participation à des rixes et bagarres, sauf si la *personne assurée* a été blessée par les protagonistes alors qu'elle n'était pas en cause ou en portant secours à une personne sans défense;
- grave provocation d'autrui.

Dix actes ordinaires de la vie

- 1 Manger
- 2 Se laver
- 3 Prendre un bain ou une douche
- 4 S'habiller
- 5 Utiliser les toilettes
- 6 Transfert lit-chaise
- 7 Marcher
- 8 Monter les escaliers
- 9 Continence fécale
- 10 Continence urinaire

Cette liste est exhaustive.

Hôpital

L'hôpital est une institution reconnue par les pouvoirs publics ou une division qui s'occupe du traitement stationnaire des maladies aiguës ou qui dispense des mesures de réadaptation médicale en stationnaire. Les cliniques d'accouchement sont considérées comme des hôpitaux.

Infirmité congénitale

Sont considérées des infirmités congénitales les maladies qui existent au moment de la naissance.

Lésions corporelles assimilées à un accident

Pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un *accident*, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- fractures;
- déboîtements d'articulations;
- déchirures du ménisque;
- déchirures de muscles;
- élongations de muscles;
- déchirures de tendons;
- lésions de ligaments;
- lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive.

Maladie

Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un *accident* et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Maladies professionnelles

Sont réputées maladies professionnelles les *maladies* dues à des substances hautement nocives ou à certains travaux ainsi que les autres *maladies* causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Est déterminante la liste créée par le Conseil fédéral dans le cadre de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (art. 9 LAA).

Maternité

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

Nécessité de soins

Il y a nécessité de soins lorsque, suite à une *maladie* ou à un *accident*, la personne assurée a besoin d'une *aide importante d'autrui* pour accomplir les *dix actes ordinaires de la vie* sur la durée, c'est-à-dire pendant au moins six mois selon l'expérience médicale. Le simple fait de devoir surveiller la *personne assurée* n'équivaut pas à une *nécessité de soins*.

Personne(s) assurée(s)

Personne(s) mentionnée(s) dans la police d'assurance.

Spécialiste

Est réputé(e) spécialiste tout(e) infirmier(ère) diplômé(e) reconnu(e) et enregistré(e) en tant que fournisseur de prestations conformément à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Les infirmiers(ères) diplômé(e)s mandaté(e)s ou employé(e)s par l'assureur sont également considéré(e)s comme des spécialistes.



Questionnaire pour l'évaluation de la nécessité de soins

		Remarque: l'évaluation est effectuée sur la base des observations faites sur les 4 dernières semaines!	Points
1	Le client peut-il manger sans l'aide d'autrui?	<input type="checkbox"/> Non, passer à la question suivante	-
		<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question 2	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour manger?	<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement pour préparer le repas	5
		<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="checkbox"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
2	Le client peut-il se laver sans l'aide d'autrui?	<input type="checkbox"/> Non, passer à la question suivante	-
		<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question 3	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour se laver?	<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="checkbox"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
3	Le client peut-il prendre un bain ou une douche sans l'aide d'autrui?	<input type="checkbox"/> Non, passer à la question suivante	-
		<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question 4	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour prendre un bain ou une douche?	<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="checkbox"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
4	Le client peut-il s'habiller sans l'aide d'autrui?	<input type="checkbox"/> Non, passer à la question suivante	-
		<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question 5	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour s'habiller?	<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="checkbox"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
5	Le client peut-il utiliser les toilettes sans l'aide d'autrui?	<input type="checkbox"/> Non, passer à la question suivante	-
		<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question 6	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour utiliser les toilettes?	<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="checkbox"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
		Nombre de points 1	

Suite à la page suivante



		Points
6	Le client peut-il se transférer (lit-chaise) sans l'aide d'autrui?	<input type="checkbox"/> Non, passer à la question suivante -
		<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question 7 0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour le transfert lit-chaise?	<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement dans la mesure où une personne doit être présente pour surveiller la situation 5
		<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même) 5
		<input type="checkbox"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même) 10
7	Le client peut-il marcher sans l'aide d'autrui?	<input type="checkbox"/> Non, passer à la question suivante -
		<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question 8 0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour marcher?	<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable de marcher avec l'aide d'une personne) 5
		<input type="checkbox"/> Oui, le client repose entièrement sur l'aide d'autrui pour marcher (il n'y parvient plus lui-même) 10
8	Le client peut-il monter les escaliers sans l'aide d'autrui?	<input type="checkbox"/> Non, passer à la question suivante -
		<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question 9 0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour monter les escaliers?	<input type="checkbox"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable de monter les escaliers avec l'aide d'une personne) 5
		<input type="checkbox"/> Oui, le client repose entièrement sur l'aide d'autrui pour monter les escaliers (il n'y parvient plus lui-même) 10
9	Le client souffre-t-il d' incontinence fécale ?	<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question suivante -
		<input type="checkbox"/> Non, passer à la question 10 0
	Combien de fois par semaine le client souffre-t-il d'incontinence fécale?	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine ou moins 5
		<input type="checkbox"/> Plus d'une fois par semaine 10
10	Le client souffre-t-il d' incontinence urinaire ?	<input type="checkbox"/> Oui, passer à la question suivante -
		<input type="checkbox"/> Non (questionnaire terminé) 0
	Combien de fois par jour le client souffre-t-il d'incontinence urinaire?	<input type="checkbox"/> Une fois par jour ou moins 5
		<input type="checkbox"/> Plus d'une fois par jour 10
Nombre de points		
Nombre de points 1		
Nombre de points 2		
Nombre de points total		

Clé pour l'attribution des points

J'ai atteint le nombre de points suivant...

Moins de 25

25–45 points

50–70 points

75–95 points

100 points

Cela signifie...

Pas de nécessité de soins

Niveau de soins 1

Niveau de soins 2

Niveau de soins 3

Niveau de soins 4

L'assureur verse...

Pas de prestations d'indemnité journalière

25 % de l'indemnité journalière convenue

50 % de l'indemnité journalière convenue

75 % de l'indemnité journalière convenue

100 % de l'indemnité journalière convenue

