

Conditions particulières de l'assurance complémentaire d'hospitalisation

HC

HCGA01-F11 – édition 01.01.2024

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 7	Couverture des prestations en cas de maternité
Art. 2	Classes d'assurance	Art. 8	Etendue et durée des prestations
Art. 3	Franchises	Art. 9	Versement des prestations
Art. 4	Condition d'admission	Art. 10	Devoir de l'assuré
Art. 5	Début du droit aux prestations	Art. 11	Prime
Art. 6	Prestations assurées	Art. 12	Mesures d'économie

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

Cette assurance couvre les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité.

Art. 2 Classes d'assurance

L'assurance complémentaire d'hospitalisation comprend quatre classes d'assurance:

Classe 1

Division commune d'un établissement hospitalier suisse en soins généraux ou psychiatriques, pour les malades de type aigu.

Classe 2

Division semi-privée d'un établissement hospitalier suisse (chambre à deux lits) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.

Classe 3

Division privée d'un établissement hospitalier suisse (chambre à un lit) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.

Classe 4

Division privée d'un établissement hospitalier dans le monde entier (chambre à un lit) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.

Art. 3 Franchises

Les assurés des classes d'assurance 2, 3 et 4 peuvent opter pour les franchises suivantes:

- Fr. 1'000.– par année civile.
- Fr. 3'000.– par année civile.

Art. 4 Condition d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire d'hospitalisation jusqu'au jour où elle atteint l'âge de 60 ans.

Art. 5 Début du droit aux prestations

- Le droit aux prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation prend effet dès l'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance.
- Pour les prestations de maternité, un délai de carence est prévu conformément à l'article 7 des présentes conditions d'assurance.

Art. 6 Prestations assurées

1. Généralités

En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers conformément à la classe d'assurance choisie.

Les prestations octroyées par cette assurance sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins.

2. Hospitalisation dans une autre division

Si un assuré de la classe 1 ou 2 est hospitalisé dans une division supérieure à sa classe d'assurance, les prestations maximales suivantes lui sont allouées:

Classe 1: Fr. 100.– par jour à titre de frais hôteliers et Fr. 5'000.– par année civile à titre de frais de traitement;

Classe 2: 80% des frais hôteliers et des frais de traitement.

3. Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue durant 60 jours par année civile au maximum, dans les limites du groupe de prestations choisi, les prestations suivantes:

- Classe 1: Fr. 500.– par jour au maximum.
- Classe 2: Fr. 1'000.– par jour au maximum.
- Classe 3: Fr. 1'500.– par jour au maximum.
- Classe 4: Fr. 3'000.– par jour au maximum.

Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

Art. 7 Couverture des prestations en cas de maternité

1. Les prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après une durée de couverture de 12 mois.
2. En cas d'interruption de la grossesse au sens de la loi et pour toute autre prestation en relation avec la maternité, le délai de carence prévu à l'alinéa 1 est applicable.
3. Lors d'un accouchement impliquant un séjour hospitalier inférieur à 6 jours dans les divisions semi-privées ou privées, l'assureur accorde une allocation de Fr. 200.– par journée d'hospitalisation évitée aux assurées des classes 2, 3 et 4. Les séjours hospitaliers faisant l'objet d'une facturation forfaitaire globale ne donnent pas droit à cette allocation. L'alinéa 1 demeure réservé.
4. En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, l'assurée de la classe 2 reçoit une allocation de Fr. 800.– et celle de la classe 3 et 4, une allocation de Fr. 1'200.–, sous réserve de l'alinéa 1.
5. 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 ce dernier soit également assuré auprès de l'assureur. Les frais personnels ne sont pas couverts. L'alinéa 1 demeure réservé.

Art. 8 Etendue et durée des prestations

Les prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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'article 6 alinéa 2 n'est pas applicable dans le cas de prestations d'un établissement ou médecin non reconnu.
- d. 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. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.

- e. Dans les quatre classes, dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.
- f. Après 60 jours d'hospitalisation, au cours d'une année civile, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation ne sont plus versées.
- g. Dans les classes 2, 3 et 4 après 90 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations de l'assurance complémentaire ne sont plus versées. La durée des prestations servies à l'étranger ou dans un établissement pour soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 90 jours précités.

Art 9 Versement des prestations

1. Le versement des prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation est obtenu sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier et de la note d'honoraires du médecin. L'assuré autorise le médecin-conseil de l'assureur à demander au médecin le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations.
2. Le paiement se fait à l'assuré, pour autant que l'assureur, dans le cadre d'une convention, ne verse pas les prestations directement à l'établissement hospitalier.

Art. 10 Devoir de l'assuré

Avant chaque hospitalisation, 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.

Art. 11 Prime

1. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes:
 - enfants: 0-18 ans;
 - adultes: 19-25 ans;
 - dès la 26^e année et jusqu'à la 71^e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.
2. Le tarif des primes tient aussi compte de l'âge d'entrée dans l'assurance.

Art. 12 Mesures d'économie

1. Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division semi-privée ou privée pour la division commune ou confort, 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.
2. En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, seule la règle de l'article 7 alinéa 4 est applicable.

Annexe A

Montants maximums remboursés pour les prestations d'hospitalisation fournies par des établissements ou médecins non reconnus par l'assureur (art. 8. des présentes conditions particulières d'assurance).

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 reconnus :				
Remboursement total	Fr. 800.-	Fr. 1'000.-	Fr. 100.-	Fr. 150.-
- Frais médicaux	- Fr. 500.-	- Fr. 500.-	- Fr. 0.-	- Fr. 0.-
- Frais hospitaliers	- Fr. 300.-	- Fr. 500.-	- Fr. 100.-	- Fr. 150.-