

Conditions particulières de l'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation H-Bonus

HB

HBGA01-F4 – édition 01.01.2014

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	Art. 8	Obligation de l'assuré en cas d'hospitalisation
Art. 2	Conditions d'admission	Art. 9	Droit aux prestations
Art. 3	Risques couverts	Art. 10	Versement des prestations
Art. 4	Prestations assurées	Art. 11	Échelon de primes (système de bonus)
Art. 5	Étendue des prestations	Art. 12	Variation de l'échelon de primes
Art. 6	Durée des prestations	Art. 13	Primes
Art. 7	Hospitalisation à l'étranger		

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

1. L'assurance H-Bonus prend en charge le coût des traitements, les frais hôteliers et les honoraires des médecins lors d'une hospitalisation stationnaire en division commune, mi-privée ou privée.
2. La personne assurée choisit au plus tard lors de l'admission à l'hôpital la division hospitalière dans laquelle elle souhaite être soignée.
3. Les prestations sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (ci-après AOS).
4. Le système de bonus permet à l'assuré de réduire le montant de sa prime lorsque celui-ci n'a pas bénéficié de prestations d'assurance pour un séjour en division mi-privée ou privée.

Art. 2 Conditions d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire H-Bonus, jusqu'au jour de ses 60 ans.

Art. 3 Risques couverts

Les prestations du produit H-Bonus sont octroyées en cas de maladie, d'accident ou de maternité.

Art. 4 Prestations assurées

1. Choix de la division et participation de l'assuré
En cas d'hospitalisation stationnaire (séjour de plus de 24 heures), lors d'un séjour uniquement:
 - dans un établissement hospitalier de soins aigus;
 - dans un établissement de soins psychiatriques ou
 - dans un établissement de réadaptation;

l'assuré a le libre-choix de la division hospitalière moyennant les participations suivantes à sa charge:

Division choisie	Participation de l'assuré
Division commune	Fr. 0.–
Division mi-privée	Fr. 100.– par jour, au maximum 30 jours par année civile
Division privée	Fr. 200.– par jour, au maximum 20 jours par année civile

Dans le calcul du nombre de jours d'hospitalisation soumis à participation de l'assuré, le jour d'entrée et le jour de sortie sont considérés comme des jours entiers, lorsqu'ils sont facturés par l'établissement hospitalier.

Si durant une année civile, les divisions mi-privées et privées sont choisies lors d'hospitalisations par l'assuré, le montant maximal dû par ce dernier correspond à la limite applicable pour la division privée, soit Fr. 4'000.–.

2. Couverture des prestations en cas de maternité
 - a. Les prestations de l'assurance H-Bonus en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après une durée de couverture de 12 mois.
 - b. En cas d'interruption de la grossesse au sens de la LAMal et pour toute autre prestation en relation avec la maternité, le délai de carence prévu à la lettre a est applicable.
 - c. Dans le cadre d'un accouchement couvert, l'assureur prend en charge également les frais de séjour pour le nouveau-né en bonne santé durant l'hospitalisation de la mère pour autant que ce dernier soit également assuré auprès de l'assureur.

Art. 5 Étendue des prestations

1. Pour bénéficier des prestations H-Bonus, les établissements doivent être reconnus au sens de la loi sur l'assurance-maladie LAMal (hôpitaux répertoriés) ou avoir conclu une convention tarifaire avec le Groupe Mutuel Assurances GMA SA pour les divisions correspondantes.
2. L'assureur prend en charge uniquement les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital ainsi que les honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale.
3. 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 (ces frais étant couverts par l'AOS). Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.
4. En cas d'urgence et aussi longtemps que l'assuré n'est pas en mesure de choisir la division, l'assureur garantit uniquement les prestations en division commune.

Art. 6 Durée des prestations

1. Les prestations hospitalières sont limitées à la phase aiguë de la maladie. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, en particulier lors de traitements d'affections stabilisées ou chroniques, ou lorsque le séjour hospitalier ne sert pas à améliorer l'état de santé de l'assuré, le droit aux prestations s'éteint.
2. En cas de séjour pour soins psychiatriques, le droit aux prestations est limité à 90 jours par année civile.
3. En cas de séjour de réadaptation, le droit aux prestations est limité à 90 jours par année civile.

Art. 7 Hospitalisation à l'étranger

1. En cas d'urgence, 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 au plus par année civile, une prestation maximale de Fr. 500.– par jour. Les participations de l'assuré définies à l'article 4, chiffre 1 ne sont pas applicables.
2. Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

Art. 8 Obligation de l'assuré en cas d'hospitalisation

Sous peine d'être déchu de son droit aux prestations, 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. 9 Droit aux prestations

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance. Demeure réservé l'article 4, chiffre 2, lettres a et b.
2. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement sur les montants et durées maximaux de pres-

tations par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits ne peuvent être reportés sur l'année suivante.

3. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les quotes-parts et les franchises légales de l'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires.

Art. 10 Versement des prestations

1. Le versement des prestations de l'assurance H-Bonus 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. 11 Échelon de primes (système de bonus)

1. Pour l'année civile d'admission, l'échelon de primes 0 est applicable.

2. Les échelons de primes suivants sont possibles:

% de la prime	Échelon de primes
100	1
80	0

Art. 12 Variation de l'échelon de primes

1. Si, au cours d'une période de référence, l'assuré bénéficie de prestations liées à une hospitalisation en division mi-privée ou privée citées à l'article 4, chiffre 1, la prime est fixée dès l'année civile suivant la période de référence et pour trois ans sur la base de l'échelon 1 (100% de la prime). En cas de réception tardive de la facture de l'établissement hospitalier par l'assureur, il sera procédé à une correction ultérieure de l'échelon de primes.
2. A l'issue de cette période de trois ans et pour autant qu'aucun autre cas d'hospitalisation en division mi-privée ou privée n'ait fait l'objet de prestations d'assurance, la prime de l'année civile suivante est fixée sur la base de l'échelon 0 (80% de la prime).
3. Chaque nouveau cas d'hospitalisation en division mi-privée ou privée ouvrant un droit aux prestations d'assurance fait repartir le délai de trois ans au début de l'année civile suivant la période de référence.
4. La période de référence initiale prise en compte pour la détermination de la variation de l'échelon de primes débute à la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance et prend fin au 30 juin suivant.
5. Les périodes de référence subséquentes comptent 12 mois et s'échelonnent du 1^{er} juillet au 30 juin.
6. Le premier jour d'hospitalisation est déterminant pour l'attribution à la période de référence.
7. En cas de factures multiples pour un même cas d'hospitalisation, seule la date du premier jour d'hospitalisation est prise en considération.

Art. 13 Primes

1. L'assuré qui, durant l'année, atteint le niveau maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes:
 - de 0 à 18 ans;
 - de 19 à 25 ans;
 - dès la 26^e année et jusqu'à la 80^e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.
2. Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées ainsi que des échelons de primes.
3. Une modification de l'échelon de primes (selon l'art. 12) n'est pas considérée comme une adaptation de la prime ouvrant un droit de résiliation au sens de l'article 29 des conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC).