

Édition du 1^{er} janvier 2014

Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) HOSPITAL ALBERGO DUO et SOLO

Table des matières

Généralités

- 1 But
- 2 Possibilités d'assurance
- Prestations**
- 3 Conditions de prestations et sous-assurance
- 4 Prestations hospitalières
- 5 Confort de la chambre
- 6 Durée des prestations hospitalières
- 7 Prestations à l'étranger
- 8 Prestations pour nouveau-né
- 9 Prestations pour les frais de personnes accompagnantes (rooming-in)
- 10 Cures balnéaires
- 11 Cures de convalescence
- 12 Durée des prestations en cas de cure
- 13 Soins à domicile et KidsCare
- 14 Aide ménagère
- 15 Durée des prestations en cas de soins à domicile et d'aide ménagère
- 16 Exclusions de prestations
- Divers**
- 17 Option pour l'assurance des soins de longue durée CURA
- 18 Suspension de la couverture d'assurance

Généralités

1 But

- 1.1 L'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL ALBERGO verse des prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins. L'étendue des prestations est la suivante:
 - libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse: frais de séjour et de traitement dans une chambre à plusieurs lits en division commune d'un hôpital;
 - contribution pour des traitements hospitaliers à l'étranger;
 - confort de chambre supplémentaire: les frais pour le séjour et les repas dans une chambre à un ou deux lits d'un hôpital conventionné ALBERGO. Des contributions supplémentaires sont versées pour:
 - cures balnéaires et de convalescence;
 - soins à domicile (y compris KidsCare);
 - aide ménagère.
- 1.2 Sont assurées les prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité. La couverture accidents peut être exclue.

2 Possibilités d'assurance

En ce qui concerne l'assurance du confort de chambre supplémentaire dans un hôpital conventionné ALBERGO, il est possible de choisir parmi les variantes d'assurance suivantes:

- HOSPITAL ALBERGO DUO: chambre à deux lits
- HOSPITAL ALBERGO SOLO: chambre à un lit

Prestations

3 Conditions de prestations et sous-assurance

- 3.1 Des prestations ne sont versées qu'à condition qu'il y ait une nécessité médicale et que les traitements soient efficaces, appropriés et économiques.
- 3.2 En cas de séjour à l'hôpital, les prestations ne sont octroyées qu'en cas de nécessité d'hospitalisation.
- 3.3 Pour que des prestations de maternité soient versées, cette assurance doit être en vigueur depuis au moins 365 jours.
- 3.4 Si la personne assurée opte pour la division privée ou demi-privée d'un hôpital en lieu et place de la chambre à un ou deux lits assurée, et qu'en plus des prestations de confort assurées, elle bénéficie ainsi également des prestations médicales de cette catégorie, l'assureur ne rembourse les frais totaux de la division privée ou demi-privée qu'à hauteur de 20%, respectivement 40% sur la base des tarifs reconnus par l'assureur pour l'hôpital en question. À cela s'ajoutent les prestations pour le confort de la chambre selon le ch. 5.

4 Prestations hospitalières

- 4.1 En cas de séjour et de traitement de 24 heures au moins dans un hôpital qui satisfait aux conditions énoncées au ch. 8.1 des Conditions générales d'assurance (CGA), les prestations correspondent aux tarifs reconnus par l'assureur pour l'hôpital en question. En application de ce principe, il n'y a de droit à des prestations, au titre de la présente assurance, auprès d'hôpitaux ne figurant pas sur les listes cantonales des hôpitaux et de la planification (hôpitaux répertoire) conformément à l'art. 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), que si l'assureur a signé une convention LAMal avec l'hôpital en question (hôpital conventionné LAMal Helsana).

L'assureur tient une liste des hôpitaux ayant passé une telle convention LAMal. Cette liste fournit des renseignements sur les prestations reconnues. Elle est continuellement mise à jour et peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

4.2 L'assurance rembourse les frais dans une chambre à plusieurs lits en division commune dans toute la Suisse.

5 Confort de la chambre

5.1 L'assurance rembourse uniquement les prestations supplémentaires pour le séjour et les repas (confort) en complément des prestations de l'assurance obligatoire des soins.

5.2 Pour cette prestation de confort, l'assureur tient une liste des hôpitaux en Suisse avec lesquels il a passé une convention ALBERGO (liste ALBERGO). Cette liste peut être adaptée chaque année. Elle peut être consultée ou demandée auprès de l'assureur.

5.3 En cas de traitement hospitalier stationnaire, l'assureur prend en charge les frais de confort correspondant à la variante d'assurance conclue (séjour et repas) de la manière suivante:

- La couverture des frais est intégrale dans les hôpitaux conventionnés ALBERGO.
- Dans les autres hôpitaux de Suisse, la personne assurée reçoit l'indemnité d'hospitalisation suivante:

Hôpitaux pour soins aigus:

- ALBERGO DUO CHF 100.-/jour
- ALBERGO SOLO CHF 150.-/jour

Cliniques de réadaptation et psychiatriques:

- ALBERGO DUO CHF 50.-/jour
- ALBERGO SOLO CHF 75.-/jour

5.4 Les éventuels frais restants sont à la charge de la personne assurée.

5.5 Lorsqu'un hôpital conventionné ALBERGO ne peut pas, par manque de capacités, mettre à disposition une chambre à deux lits ou un lit, l'assureur rembourse le montant suivant à la personne assurée:

Hôpitaux pour soins aigus:

- chambre à deux lits au lieu de chambre à un lit/ chambre à plusieurs lits au lieu de chambre à deux lits CHF 50.-/jour
- chambre à plusieurs lits au lieu de chambre à un lit CHF 100.-/jour

Cliniques de réadaptation et psychiatriques:

- chambre à deux lits au lieu de chambre à un lit/ chambre à plusieurs lits au lieu de chambre à deux lits CHF 25.-/jour
- chambre à plusieurs lits au lieu de chambre à un lit CHF 50.-/jour

6 Durée des prestations hospitalières

En cas de traitement stationnaire, les prestations assurées sont versées de la manière suivante, pour autant que les conditions de prestations soient remplies:

- pour une durée illimitée en cas de séjour à l'hôpital ou dans une clinique de réadaptation,
- pendant au maximum 90 jours par année civile en cas de séjour dans une clinique psychiatrique.

7 Prestations à l'étranger

En cas de séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique à l'étranger, l'assurance rembourse au max. CHF 500.- par jour pendant au max. 60 jours par année civile, pour les coûts d'un traitement scientifiquement reconnu et approprié.

8 Prestations pour nouveau-né

Les coûts du séjour d'un nouveau-né en bonne santé durant l'hospitalisation de la mère sont pris en charge par l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL ALBERGO de cette dernière, toutefois tout au plus pendant 10 semaines.

9 Prestations pour les frais de personnes accompagnantes (rooming-in)

En cas de traitement stationnaire à l'hôpital, l'assureur accorde des contributions aux frais de séjour et de repas d'une personne proche de la personne assurée, qui reste auprès d'elle à l'hôpital. La prestation assurée est versée pendant au maximum 15 jours par année civile de la manière suivante, tenant compte de la variante assurée:

- ALBERGO DUO CHF 50.-/jour
- ALBERGO SOLO CHF 100.-/jour

10 Cures balnéaires

10.1 La cure balnéaire doit être stationnaire et avoir lieu dans un établissement de cure balnéaire européen sous direction médicale.

10.2 Il existe un droit aux prestations uniquement lorsque la cure a été précédée d'un traitement intensif, scientifiquement reconnu et approprié ou lorsqu'une thérapie ambulatoire scientifiquement reconnue et appropriée ne peut être entreprise.

10.3 En outre, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et les traitements balnéaires ou physiothérapeutiques doivent être effectués selon un plan de cure.

10.4 Une cure balnéaire doit durer au moins 14 jours.

11 Cures de convalescence

11.1 La cure de convalescence doit être prescrite par un médecin et s'avérer médicalement nécessaire pour la guérison ou la convalescence d'une maladie grave.

11.2 La cure doit être effectuée dans un établissement de cure en Suisse reconnu par l'assureur.

11.3 L'ordonnance médicale de la cure doit être remise à l'assureur dix jours avant l'entrée en cure et avec indication de l'établissement thermal ou de cure et de la date d'entrée en cure.

12 Durée des prestations en cas de cure

Les prestations pour cures balnéaires et de convalescence sont octroyées en tout au maximum pendant 30 jours par année civile et s'élèvent à CHF 30.- par jour.

13 Soins à domicile et KidsCare

- 13.1 L'assurance verse des contributions pour des soins à domicile prescrits par un médecin lorsqu'il est nécessaire d'engager contre rémunération une personne dispensant des soins à domicile en raison d'une maladie aiguë.
- 13.2 Peut également être reconnue comme personne soignante, une personne qui dispense quotidiennement les soins nécessaires au malade et pour laquelle il en résulte, dans son activité professionnelle, un manque à gagner dont elle peut apporter la preuve.
- 13.3 Lorsqu'un enfant âgé de moins de 15 ans, au bénéfice de la présente assurance, tombe malade ou est victime d'un accident et que l'autorité parentale est détenue par un parent élevant seul son enfant et exerçant une activité professionnelle ou par les deux parents ou concubins, exerçant tous deux une activité professionnelle, l'assureur octroie des contributions pour les frais de la garde et des soins (soins d'hygiène, administration des médicaments, préparation des repas) à l'enfant (KidsCare).
- 13.4 Pour qu'il y ait prise en charge des prestations conformément au ch. 13.3, il doit être fait appel à la centrale de secours et d'organisation déclarée compétente par l'assureur. Les prestations ne sont pas accordées si l'on renonce à contacter cette organisation.
- 13.5 Ne sont pas assurés les frais pour les travaux ménagers en général, par exemple les achats, la lessive, le repassage, les travaux de nettoyage, etc.

14 Aide ménagère

- 14.1 Des contributions pour aide ménagère sont versées lorsque, en raison d'une maladie aiguë et des conditions familiales personnelles, une personne assurée a besoin d'une aide ménagère.
- 14.2 La nécessité doit être attestée sur la base d'un certificat médical.
- 14.3 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. Peut également être reconnue comme aide ménagère la personne qui s'occupe du ménage d'une personne assurée malade et qui de ce fait peut certifier d'une perte de salaire dans le cadre de son activité professionnelle.

15 Durée des prestations en cas de soins à domicile et d'aide ménagère

Les prestations assurées par jour pour soins à domicile et aide ménagère sont octroyées en tout au maximum pendant 30 jours par année civile et s'élèvent au maximum à CHF 30.– par jour. Les prestations pour KidsCare sont versées au maximum pendant 30 heures par année civile.

16 Exclusions de prestations

- 16.1 Outre pour les motifs exposés au ch. 21 CGA, il n'y a aucun droit à des prestations dans les cas suivants:
- pour le traitement et les soins de personnes souffrant d'une maladie psychiatrique chronique;
 - en cas de séjours dans des EMS et des homes pour personnes âgées;
 - en cas de séjour dans des cliniques psychiatriques de jour ou de nuit.
- 16.2 Le ch. 21.1, lit. I CGA n'est pas applicable en l'espèce.

Divers

17 Option pour l'assurance des soins de longue durée CURA

La personne assurée a le droit de se voir attribuer, automatiquement et sans examen de santé, l'assurance des soins de longue durée CURA, variante 30 avec délai d'attente de 720 jours, dans la version proposée par la société au moment de l'exercice du droit d'option, pour le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle où elle a atteint l'âge AVS. Jusqu'au 31 janvier qui suit l'attribution de l'assurance, la personne assurée peut renoncer à l'assurance des soins de longue durée CURA avec effet rétroactif au 1^{er} janvier.

18 Suspension de la couverture d'assurance

- 18.1 Moyennant une réduction de la prime, le preneur d'assurance peut suspendre le droit aux prestations de l'assurance HOSPITAL ALBERGO DUO et SOLO, à condition qu'il apporte la preuve qu'il dispose d'une autre couverture d'assurance pour l'assurance à suspendre (contrat collectif, assurance-maladie d'entreprise, assurance à l'étranger, etc.).
- 18.2 Le preneur d'assurance doit réactiver la couverture d'assurance dans les 30 jours qui suivent la cessation de l'autre couverture d'assurance, la prime étant adaptée au sens du ch. 12 CGA. Si ce délai n'est pas respecté, le maintien des catégories d'assurance a lieu aux conditions d'une nouvelle admission.