

Édition du 1^{er} janvier 2014

Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) Assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL BONUS

Table des matières

Généralités

- 1 But
- 2 Possibilités d'assurance
- Prestations**
- 3 Couverture d'assurance
- 4 Nécessité d'hospitalisation
- 5 Prestations hospitalières
- 6 Interventions ambulatoires
- 7 Prestations en cas de sous-assurance
- 8 Durée des prestations dans un hôpital pour soins aigus et une clinique psychiatrique
- 9 Prestations à l'étranger
- 10 Prestations pour nouveau-né
- 11 Cures balnéaires
- 12 Cures de convalescence
- 13 Durée des prestations en cas de cure
- 14 Ordonnance de cure
- 15 Soins à domicile
- 16 Aide ménagère
- 17 Durée des prestations en cas de soins à domicile et aide ménagère

Variantes d'assurance

- 18 Variante d'assurance avec seconde opinion
- 19 Variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital
- 20 Variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital
- 21 Variante d'assurance avec franchise annuelle à option
- 22 Couverture accidents
- 23 Dispositions spéciales pour les formes particulières d'assurance

Divers

- 24 Système de bonus
- 25 Primes
- 26 Option pour l'assurance des soins de longue durée CURA
- 27 Suspension de la couverture d'assurance
- 28 Carte d'assuré

Généralités

1 But

L'assurance HOSPITAL BONUS couvre les frais de séjour et de traitement dans un hôpital et garantit des contributions aux frais d'hôtellerie lors de soins stationnaires aigus et de transition, aux cures balnéaires et de convalescence, aux soins à domicile et à l'aide ménagère ainsi qu'aux opérations ambulatoires. Toutes ces prestations ne sont octroyées qu'à condition qu'il existe une nécessité médicale.

2 Possibilités d'assurance

Pour un séjour à l'hôpital, les assurances suivantes sont possibles:

- a) HOSPITAL PLUS BONUS = division hospitalière demi-privée
- b) HOSPITAL COMFORT BONUS = division hospitalière privée

Prestations

3 Couverture d'assurance

- 3.1 L'assurance HOSPITAL BONUS prend en charge les frais de séjour et de traitement dans les hôpitaux satisfaisant aux conditions énoncées au ch. 8.1 des Conditions générales d'assurance (CGA). 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 répertoriés) 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.

- 3.2 L'assurance HOSPITAL PLUS BONUS couvre, dans le cadre des dispositions ci-après, les coûts d'un séjour stationnaire dans une chambre à deux lits de la division demi-privée d'un hôpital.
- 3.3 L'assurance HOSPITAL COMFORT BONUS couvre, dans le cadre des dispositions ci-après, les coûts d'un séjour stationnaire dans une chambre à un lit de la division privée d'un hôpital.

3.4 Lorsqu'un hôpital ne connaît pas de critères de répartition pour les divisions hospitalières ou lorsqu'il en applique d'autres ou encore lorsque les tarifs d'une division ne sont pas reconnus par l'assureur, l'assureur applique les dispositions qui seraient valables si la personne assurée séjournait dans la division privée de l'hôpital. En cas de sous-assurance, l'assureur applique les dispositions du ch. 7 des présentes CSA.

3.5 L'assureur tient une liste des hôpitaux qui ne disposent pas de division privée, demi-privée ou commune au sens des dispositions ci-dessus. L'assureur met cette liste continuellement à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

4 Nécessité d'hospitalisation

Les prestations pour des applications thérapeutiques reconnues scientifiquement à l'occasion d'un séjour dans un hôpital sont octroyées lorsque l'état d'une personne assurée nécessite un traitement stationnaire et que ce dernier est dispensé par l'hôpital, respectivement la division hospitalière dans lequel/laquelle la personne assurée doit se trouver pour des raisons médicales.

5 Prestations hospitalières

- 5.1 Est considéré comme hôpital un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique qui satisfait aux conditions énoncées au ch. 3.1 et qui semble adéquat/e pour le traitement de la personne assurée au sens du ch. 4 des présentes CSA.
- 5.2 Les traitements hospitaliers comprennent les prestations dans le cadre des tarifs reconnus par l'assureur pour l'hôpital concerné:
- les frais d'hébergement et de pension;
 - les honoraires médicaux;
 - les coûts des mesures thérapeutiques et diagnostiques scientifiquement reconnues;
 - les soins aux malades à l'hôpital;
 - les coûts des médicaments, matériel de soins, salle d'opération et anesthésie;
 - les coûts des moyens et appareils prescrits par l'hôpital.
- 5.3 Des prestations pour traitements dentaires selon le ch. 5.2 sont prises en charge au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation dans la mesure où il s'agit de prestations obligatoires selon la LAMal.
- 5.4 En complément de son obligation de prestations selon la LAMal et pour les prestations en soins stationnaires aigus et de transition requises au terme d'un séjour à l'hôpital et ordonnées par l'établissement hospitalier, l'assureur rembourse par jour les frais non couverts d'hébergement et de pension durant au maximum 14 jours par année civile:
- HOSPITAL PLUS BONUS jusqu'à CHF 120.–
 - HOSPITAL COMFORT BONUS jusqu'à CHF 180.–

6 Interventions ambulatoires

Lorsqu'une intervention ambulatoire plus avantageuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus, l'assureur prend en charge les coûts dans le cadre de l'accord passé avec l'hôpital concerné.

7 Prestations en cas de sous-assurance

- 7.1 Les personnes qui sont assurées auprès de l'assureur pour la division hospitalière demi-privée reçoivent 75% des prestations de l'assurance HOSPITAL COMFORT BONUS si elles séjournent en division privée, tout au plus cependant 75% des tarifs reconnus par l'assureur pour l'hôpital concerné.
- 7.2 L'assureur tient une liste des hôpitaux dont les tarifs ne sont pas reconnus. Cette liste est continuellement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

8 Durée des prestations dans un hôpital pour soins aigus et une clinique psychiatrique

- 8.1 En cas de traitement stationnaire dans un hôpital pour soins aigus, les prestations assurées sont octroyées sans limitation de temps, aussi longtemps qu'un séjour dans un hôpital pour soins aigus est médicalement nécessaire en raison du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble.
- 8.2 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont octroyées au maximum pendant 90 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 et qu'il ne s'agit pas d'une maladie chronique.
- 8.3 Aucune prestation n'est accordée pour les séjours dans les cliniques psychiatriques de jour ou de nuit.

9 Prestations à l'étranger

- 9.1 Pour un séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus ou dans une clinique psychiatrique à l'étranger, les prestations suivantes sont accordées par jour durant au plus 60 jours par année civile pour les traitements scientifiquement reconnus et appropriés ainsi que pour les frais d'hébergement et de pension:
- HOSPITAL PLUS BONUS jusqu'à CHF 1000.– par jour
 - HOSPITAL COMFORT BONUS jusqu'à CHF 1500.– par jour
- 9.2 Lorsqu'une personne couverte par l'assurance HOSPITAL COMFORT BONUS tombe malade ou subit un accident durant un séjour temporaire à l'étranger, d'une durée maximale de 12 mois, elle a droit à la couverture intégrale des frais durant au plus 60 jours par année civile, aussi longtemps qu'un rapatriement vers la Suisse ne peut raisonnablement être exigé.

- 9.3 Il existe un droit aux prestations mentionnées au ch. 9.2 uniquement pour les traitements qui ont lieu dans le pays où la personne assurée a dû être hospitalisée pour un premier traitement médical dans un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique, suite à une maladie ou un accident. Aucune prestation n'est versée en cas de transfert ou traitement dans un pays tiers.
- 10 Prestations pour nouveau-né**
Les coûts pour le séjour du nouveau-né sain sont pris en charge par l'assurance complémentaire d'hospitalisation conclue par la mère auprès de l'assureur pour la durée du séjour de la mère à l'hôpital, cependant tout au plus durant dix semaines.
- 11 Cures balnéaires**
- 11.1 Pour les cures balnéaires stationnaires ordonnées par un médecin avant l'entrée en cure et qui ont lieu dans un établissement balnéaire en Suisse sous direction médicale, les prestations suivantes sont accordées par jour pour les frais attestés, durant au maximum 30 jours par année civile:
- HOSPITAL PLUS BONUS jusqu'à CHF 60.–
 - HOSPITAL COMFORT BONUS jusqu'à CHF 90.–
- 11.2 Il existe un droit aux prestations selon le ch. 11.1 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. 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. Une cure balnéaire doit durer au moins 14 jours.
- 11.3 En dérogation au ch. 11.1, une cure balnéaire peut également avoir lieu dans un établissement balnéaire étranger en Europe, pour autant que les conditions selon le ch. 11.2 soient satisfaites.
- 12 Cures de convalescence**
- 12.1 Pour une cure de convalescence, ordonnée par un médecin avant l'entrée en cure et qui s'avère médicalement nécessaire pour la guérison ou la convalescence d'une maladie grave, les prestations suivantes sont accordées en Suisse par jour pour les frais attestés, durant au maximum 30 jours par année civile:
- HOSPITAL PLUS BONUS jusqu'à CHF 60.–
 - HOSPITAL COMFORT BONUS jusqu'à CHF 90.–
- 12.2 La cure doit être effectuée dans un établissement de cure en Suisse reconnu par l'assureur.
- 13 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.
- 14 Ordonnance de cure**
L'ordonnance médicale de la cure doit être remise à l'assureur suffisamment à l'avance, avant l'entrée en cure, et mentionner l'établissement thermal ou de cure, ainsi que la date d'entrée en cure.
- 15 Soins à domicile**
- 15.1 En cas de soins à domicile prescrits par un médecin, pour lesquels il est nécessaire d'engager contre rémunération une personne dispensant des soins à domicile et si cela permet d'éviter ou de réduire un séjour à l'hôpital ou dans un établissement de cure, les prestations suivantes sont accordées par jour pour les frais attestés, durant au maximum 30 jours par année civile:
- HOSPITAL PLUS BONUS jusqu'à CHF 60.–
 - HOSPITAL COMFORT BONUS jusqu'à CHF 90.–
- 15.2 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.
- 15.3 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, en lieu et place des prestations selon le ch. 15.1, pour les frais de la garde et des soins à l'enfant (soins d'hygiène, administration des médicaments, préparation des repas) les prestations ci-après:
- HOSPITAL PLUS BONUS jusqu'à 60 heures par année civile
 - HOSPITAL COMFORT BONUS jusqu'à 90 heures par année civile
- 15.4 Pour qu'il y ait prise en charge des prestations conformément au ch. 15.3, 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.
- 15.5 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.
- 15.6 L'assureur n'accorde pas de prestations pour les soins à domicile en cas de séjour dans un établissement médico-social ou un établissement analogue.

16 Aide ménagère

- 16.1 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 prescription médicale, d'une aide ménagère et si cela permet d'éviter ou de réduire un séjour à l'hôpital ou dans un établissement de cure, les prestations suivantes sont accordées par jour pour les frais attestés, durant au maximum 30 jours par année civile:
- HOSPITAL PLUS BONUS jusqu'à CHF 60.–
 - HOSPITAL COMFORT BONUS jusqu'à CHF 90.–
- 16.2 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.
- 16.3 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.
- 16.4 L'assureur n'accorde pas de prestations pour l'aide ménagère en cas de séjour dans un établissement médico-social ou un établissement analogue.

17 Durée des prestations en cas de soins à domicile et aide ménagère

Les prestations journalières assurées pour les soins à domicile et l'aide ménagère sont octroyées en tout au maximum pendant 30 jours par année civile.

Variante d'assurance**18 Variante d'assurance avec seconde opinion**

- 18.1 La variante d'assurance avec seconde opinion peut être conclue moyennant une réduction de primes. Avant qu'une des opérations mentionnées au ch. 18.4 soit effectuée dans un établissement hospitalier, les personnes assurées au bénéfice de cette variante sont tenues de s'adresser au Service du médecin-conseil de l'assureur afin de demander l'avis d'un autre médecin sur la nécessité médicale de l'intervention. Les frais qui en découlent sont à la charge de l'assureur.
- 18.2 La personne assurée est libre de suivre l'avis du deuxième médecin.
- 18.3 Si la personne assurée refuse de demander l'avis d'un deuxième médecin, elle devra supporter 10% des frais allant à charge de son assurance complémentaire d'hospitalisation, jusqu'à concurrence de CHF 3000.–.

- 18.4 Les opérations suivantes nécessitent une seconde opinion:
- curetage;
 - hystérectomie (ablation de l'utérus);
 - opération d'hallux valgus (cure chirurgicale des «oignons»);
 - arthroplastie de la hanche et du genou (pose d'une prothèse);
 - arthroscopie;
 - plastie ligamentaire au genou et à la cheville;
 - ablation du matériel d'ostéosynthèse (dépose des pièces métalliques après traitement chirurgical d'une fracture);
 - cure de la hernie discale;
 - angiographie de coronaires (radiographie des vaisseaux du cœur);
 - prostatectomie (opération de la prostate);
 - amygdalectomie (opération des amygdales);
 - cholecystectomie (opération de la vésicule biliaire);
 - cure de varices;
 - spondylodèse (opération rigidifiant la colonne vertébrale).

19 Variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital

- 19.1 La variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital peut être conclue moyennant une réduction de primes. Pour cette variante, l'assureur tient une liste sur laquelle figurent les hôpitaux pouvant être choisis. Cette liste est continuellement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.
- 19.2 En cas de séjour dans un hôpital ne figurant pas sur la liste de l'assureur, les frais ne sont pas pris en charge.
- 19.3 La présente variante d'assurance peut être conclue avec une assurance obligatoire des soins comprenant une limitation du choix de l'hôpital. La résiliation ou la suppression de cette assurance obligatoire des soins entraîne la suppression de la variante d'assurance correspondante. Le produit d'assurance est alors converti automatiquement en assurance HOSPITAL BONUS sans variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital.

20 Variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital

- 20.1 La variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital peut être conclue moyennant un supplément de primes. Dans cette variante, l'assureur garantit également la couverture des frais dans les hôpitaux qui ne satisfont pas aux conditions énoncées au ch. 3.1. L'assureur applique alors les tarifs maximaux reconnus par l'assureur pour l'hôpital concerné.
- 20.2 L'assureur tient une liste des hôpitaux dont les tarifs ne sont pas reconnus. Cette liste est continuellement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

21 Variante d'assurance avec franchise annuelle à option

- 21.1 La variante d'assurance avec franchise annuelle à option peut être conclue moyennant une réduction de primes. Les personnes assurées dans cette variante doivent supporter elles-mêmes la franchise choisie, par année civile, avant de mettre à contribution l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL BONUS. La franchise annuelle choisie n'est prélevée qu'en cas de séjour dans un hôpital pour soins aigus ou dans une clinique psychiatrique.
- 21.2 L'assureur renonce à la perception de la franchise annuelle lorsque les personnes assurées au titre d'HOSPITAL PLUS BONUS avec franchise annuelle à option de CHF 1000.–, 2000.– ou 3000.– se font hospitaliser en division commune. Il en va de même lorsque des personnes assurées au titre d'HOSPITAL COMFORT BONUS avec l'une de ces franchises annuelles à option se font hospitaliser en division demi-privée ou commune.
- 21.3 L'assureur perçoit une franchise annuelle de CHF 2000.– resp. CHF 4000.– lorsque les personnes assurées au titre d'HOSPITAL PLUS BONUS avec une franchise annuelle à option de CHF 5000.– resp. CHF 7000.– se font hospitaliser en division commune. Il en va de même lorsque des personnes assurées au titre d'HOSPITAL COMFORT BONUS avec l'une de ces franchises annuelles à option se font hospitaliser en division demi-privée ou commune.

22 Couverture accidents

La couverture d'assurance pour les suites d'accident peut être exclue. Les personnes assurées qui ont exclu la couverture accidents peuvent demander jusqu'à l'âge de 70 ans révolus qu'elle soit incluse ou à nouveau incluse.

23 Dispositions spéciales pour les formes particulières d'assurance

Pour les personnes assurées qui ont conclu une autre forme particulière d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (p. ex. HMO, autres modèles de médecin de famille ou un modèle d'assurance avec limitation du choix des fournisseurs de prestations), les dispositions limitant la perception de prestations, contenues dans les CGA y relatives, sont également applicables à la présente assurance.

Divers

24 Système de bonus

Une réduction de primes est accordée si, conformément au ch. 25 des présentes CSA, aucune prestation pour traitements ambulatoires et stationnaires n'a été perçue durant au moins deux périodes d'observation.

25 Primes

25.1 La prime initiale du système de bonus est formée à partir de la prime en vigueur au 1^{er} janvier d'une année d'assurance. Elle est déterminée en fonction de l'âge effectif de la personne assurée et des éventuelles variantes d'assurance choisies avec réductions de primes ou suppléments de primes.

25.2 Si, durant deux périodes d'observation, resp. du 1^{er} juillet au 30 juin, une personne assurée n'a perçu aucune prestation, elle entre au 1^{er} janvier de la troisième année au bénéfice d'une réduction de primes (bonus), ceci pour autant qu'elle ne se trouve pas déjà dans l'échelon de bonus le plus bas. Les échelons de bonus suivants sont appliqués:

	Bonus en pour cent de la prime initiale	Échelon de bonus
Échelon de base	0%	4
Après une période d'observation sans octroi de prestation (deuxième année)	0%	3
Après deux périodes d'observation sans octroi de prestation (troisième année)	10%	2
Après trois périodes d'observation sans octroi de prestation (quatrième année)	15%	1
Après quatre ou davantage périodes d'observation sans octroi de prestations (dès la cinquième année)	20%	0

25.3 Si, durant une période d'observation, une personne assurée a eu recours à des prestations, les primes s'élèveront au niveau de la prime initiale, au sens du ch. 25.1, au 1^{er} janvier de l'année suivante. Toute date de traitement est déterminante pour la perception de prestations.

25.4 Si la personne assurée a reçu des prestations durant la dernière période d'observation, elle en est informée par écrit en juillet et a la possibilité, jusqu'au 30 septembre, d'annuler la perte du bonus en remboursant les prestations octroyées par l'assureur.

25.5 Pour alléguer un droit aux prestations, les factures doivent être remises à l'assureur dans les 30 jours à compter de leur réception. Si ce délai n'est pas respecté, il sera procédé à une correction ultérieure de l'échelon de bonus. Les réductions de primes accordées à tort à la personne assurée seront réclamées ou retenues sur les éventuelles prestations de l'assureur.

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

- 26.1 Une personne assurée qui a conclu auprès de l'assureur l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL BONUS, a le droit de bénéficier de l'assurance des soins de longue durée CURA, dans la version proposée par la société au moment de l'exercice du droit d'option, au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle où elle a atteint l'âge AVS, ceci sans examen de son état de santé. L'attribution de l'assurance a lieu comme suit:
- a) HOSPITAL PLUS BONUS variante 60
 - b) HOSPITAL COMFORT BONUS variante 90
- 26.2 Pour les personnes assurées selon le ch. 26.1, l'obligation de verser des prestations au titre de l'assurance des soins de longue durée CURA commence après l'écoulement de 720 jours consécutifs, pendant lesquels les conditions pour un traitement stationnaire en raison d'une maladie chronique, pour des soins à domicile ou une aide ménagère, ont été réalisées. L'ordonnance médicale est déterminante pour le calcul du délai d'attente.
- 26.3 Jusqu'au 31 janvier qui suit l'attribution de l'assurance, les personnes assurées au sens du ch. 26.1 peuvent, en dérogation aux dispositions de résiliation ordinaires selon l'art. 10 CGA, renoncer à l'assurance des soins de longue durée CURA avec effet rétroactif au 1^{er} janvier.

27 Suspension de la couverture d'assurance

- 27.1 Moyennant une réduction de la prime, le preneur d'assurance peut suspendre le droit aux prestations de l'assurance HOSPITAL 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.).
- 27.2 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.

28 Carte d'assuré

Les personnes assurées reçoivent une carte d'assuré au sens du ch. 28 CGA.