

Édition du 1<sup>er</sup> janvier 2025

## Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) HOSPITAL FLEX

---

### Table de matières

#### Généralités

1 But

#### Prestations

- 2 Conditions de prestations
- 3 Prestations hospitalières / Fournisseurs de prestations reconnus
- 4 Durée des prestations hospitalières
- 5 Prestations à l'étranger
- 6 Prestations pour nouveau-né
- 7 Forfait de naissance
- 8 Prestations pour les frais de personnes accompagnantes (rooming-in)
- 9 Cures balnéaires
- 10 Cures de convalescence
- 11 Aide ménagère
- 12 Durée des prestations en cas de cure et d'aide ménagère
- 13 Service de garde d'enfants
- 14 Exclusions de prestations

#### Primes

- 15 Adaptation des primes
- 16 Suspension de la couverture d'assurance

### Généralités

#### 1 But

- 1.1 L'assurance HOSPITAL FLEX verse des prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins. L'étendue des prestations est la suivante :
- les traitements hospitaliers en Suisse : frais pour le confort de chambre supplémentaire et frais pour le choix du médecin en raison d'un séjour effectué pour des atteintes aiguës à la santé dans la division commune, demi-privée ou privée d'un hôpital reconnu, y compris dans des cliniques de réadaptation reconnues et des cliniques psychiatriques reconnues ;
  - contribution aux traitements hospitaliers à l'étranger.
- Pour autant qu'elles soient co-assurées et mentionnées sur la police, des contributions supplémentaires sont versées pour :
- l'hébergement et la pension en cas de soins stationnaires aigus et de transition ;
  - les cures balnéaires et de convalescence ;
  - une aide ménagère ;
  - un service de garde d'enfants.
- 1.2 Sont assurées les prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité. La couverture accidents peut être exclue.

### Prestations

#### 2 Conditions de prestations

- 2.1 Des prestations ne sont versées qu'à condition qu'il y ait une nécessité médicale et que les traitements soient efficaces, appropriés et économiques.
- 2.2 Pour que des prestations soient versées en cas de maternité, l'assurance doit être en vigueur depuis au moins 365 jours.
- 2.3 En cas de séjour hospitalier, les prestations ne sont octroyées qu'en cas de nécessité d'hospitalisation.

#### 3 Prestations hospitalières / Fournisseurs de prestations reconnus

- 3.1 La personne assurée décide au plus tard lors de l'entrée à l'hôpital dans quelle division elle veut être soignée. Aucune participation aux coûts n'est exigée pour les prestations fournies en division commune ; en division demi-privée et privée, la personne assurée est redevable de la participation aux coûts fixée dans la police.
- 3.2 HOSPITAL FLEX prend en charge les frais de séjour et de traitement stationnaires dans des hôpitaux (y compris cliniques ou maisons de naissance) qui remplissent les conditions cumulées suivantes (hôpitaux reconnus) :
- hôpitaux qui figurent sur les listes cantonales des hôpitaux et de la planification selon l'art. 39 LAMal (hôpitaux répertoriés) ou avec lesquels Helsana a conclu une convention selon l'art. 49a, al. 4 LAMal pour le domaine de prestations correspondant (hôpitaux conventionnés LAMal) et
  - hôpitaux avec lesquels Helsana a conclu une convention tarifaire pour la division demi-privée ou privée pour toute l'offre de prestations ou pour certaines spécialités de l'hôpital.
- 3.3 Concernant les hôpitaux qui ne remplissent pas les conditions selon le ch. 3.2 à la date du séjour ou du traitement, il n'y a aucun droit à la prise en charge des coûts.
- 3.4 Helsana tient une liste des :
- hôpitaux conventionnés LAMal qui renseigne sur les domaines de prestations reconnus (liste positive) ainsi que des
  - hôpitaux avec lesquels Helsana n'a conclu aucune convention tarifaire pour la division demi-privée ou privée pour toute l'offre de prestations ou pour certaines spécialités de l'hôpital (liste négative).

Les listes sont constamment mises à jour et peuvent être consultées sur le site Internet d'Helsana ou être demandées à Helsana dans leur version respectivement valable.

- 3.5 HOSPITAL FLEX rembourse les coûts des médecins qui effectuent à l'hôpital des traitements en toute indépendance et pour leur propre compte (médecins agréés), si le traitement stationnaire est effectué dans un hôpital reconnu selon les ch. 3.2 et 3.4 et que les médecins agréés sont reconnus par Helsana (médecins agréés reconnus).

Les médecins agréés non reconnus sont inscrits sur une liste tenue par Helsana (liste négative). Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée sur le site Internet d'Helsana ou être demandée à Helsana dans sa version respectivement valable.

- 3.6 En complément de son obligation de prestations selon la LAMal, Helsana rembourse, pour autant que cela soit co-assuré conformément au ch. 1.1 CSA, 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, les frais d'hébergement et de pension non couverts jusqu'à CHF 100.– par jour durant au maximum 14 jours par année civile.

#### **4 Durée des prestations hospitalières**

- 4.1 En cas de traitement stationnaire dans un hôpital pour soins aigus reconnu et dans une clinique de réadaptation reconnue, les prestations assurées pour les atteintes aiguës à la santé sont versées pour une durée illimitée tant qu'un séjour dans un hôpital est médicalement nécessaire compte tenu du diagnostic et de la globalité du traitement médical et qu'il faut s'attendre à une amélioration de l'état de santé.
- 4.2 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique reconnue, les prestations assurées sont octroyées au maximum pendant 60 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.

#### **5 Prestations à l'étranger**

En cas de séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique à l'étranger, l'assureur rembourse le montant journalier convenu pendant 60 jours au maximum par année civile, pour les coûts d'un traitement scientifiquement reconnu et approprié ainsi que pour le logement et la nourriture.

#### **6 Prestations pour nouveau-né**

Helsana prend en charge les coûts du séjour d'un nouveau-né en bonne santé, au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL FLEX de la mère, durant l'hospitalisation de celle-ci, toutefois pendant dix semaines au plus.

#### **7 Forfait de naissance**

Si la naissance a lieu dans une maison de naissance ambulatoire, à domicile ou en ambulatoire à l'hôpital, Helsana paie le forfait de naissance convenu.

#### **8 Prestations pour les frais de personnes accompagnantes (rooming-in)**

En cas de traitement stationnaire à l'hôpital, Helsana 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.

#### **9 Cures balnéaires**

- 9.1 Les prestations pour cures balnéaires sont versées pour autant qu'elles soient co-assurées conformément au ch. 1.1 des présentes CSA.
- 9.2 La cure balnéaire doit être préalablement prescrite par un médecin, être stationnaire et avoir lieu dans un établissement de cure balnéaire suisse ou européen sous direction médicale reconnu par Helsana.
- 9.3 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. 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.

#### **10 Cures de convalescence**

- 10.1 Les prestations pour cures de convalescence sont versées pour autant qu'elles soient co-assurées conformément au ch. 1.1 des présentes CSA.
- 10.2 La cure doit être effectuée dans un établissement de cure reconnu par Helsana.
- 10.3 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. L'ordonnance médicale de la cure doit être remise à Helsana dix jours avant l'entrée en cure et avec l'indication de l'établissement thermal ou de cure et de la date d'entrée en cure.

#### **11 Aide ménagère**

- 11.1 Pour autant qu'elles soient co-assurées conformément au ch. 1.1 des présentes CSA, des prestations 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.
- 11.2 La nécessité doit être attestée sur la base d'un certificat médical.

- 11.3 L'assureur n'accorde pas de prestations pour aide ménagère en cas de séjour dans un établissement médico-social ou un établissement analogue.

## 12 Durée des prestations en cas de cure et d'aide ménagère

Helsana paie les frais de cures balnéaires et de convalescence qui sont attestés, au maximum toutefois CHF 100.– par jour pendant 21 jours au plus par année civile pour les deux types de cures. Un montant maximum de CHF 50.– par jour est versé au titre des frais avérés pour une aide ménagère, au maximum pendant 30 jours par année civile.

## 13 Service de garde d'enfants

- 13.1 En cas de séjour stationnaire à l'hôpital de la personne assurée, Helsana prend en charge, pour autant que cela soit co-assuré conformément au ch. 1.1 CSA, les coûts de garde par une tierce personne des enfants de moins de 15 ans sur lesquels la personne assurée à l'autorité parentale, les jours de la semaine et pendant les heures de travail habituelles, à concurrence de 30 heures par année civile.
- 13.2 Les prestations ne sont octroyées que si la personne assurée contacte au préalable la centrale d'organisation désignée par Helsana et que celle-ci organise la garde des enfants.

## 14 Exclusions de prestations

- 14.1 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 séjour dans un établissement médico-social ;
  - en cas de séjour dans une clinique psychiatrique de jour ou de nuit ;
  - en cas de séjours/traitements dans un hôpital non reconnu (y compris clinique, maison de naissance) et de traitements auprès de médecins agréés non reconnus selon le ch. 3.
- 14.2 Le ch. 21.1, lit. L CGA n'est pas applicable en l'espèce.

## Primes

### 15 Adaptation des primes

- 15.1 Les primes sont déterminées en fonction de l'âge et du sexe de la personne assurée. À cet effet, les personnes assurées sont attribuées au groupe d'âge correspondant à leur âge actuel.
- 15.2 Le chiffre 12.2 des Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires ne s'applique pas à l'assurance HOSPITAL FLEX.

### 16 Suspension de la couverture d'assurance

- 16.1 Moyennant une réduction de la prime, le preneur d'assurance peut suspendre le droit aux prestations de l'assurance HOSPITAL FLEX 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.).
- 16.2 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.