

# Assurance-hospitalisation

Conditions complémentaires d'assurance (CCA)

	Art.	
<b>I. Généralités</b>		<b>I. Généralités</b>
Objet de l'assurance	1	<b>1 Objet de l'assurance</b>
Variante d'assurance	2	1.1 L'Assurance-hospitalisation est une assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins dans le cadre des Conditions générales d'assurance (CGA) des assurances complémentaires des soins.
Conclusion de l'assurance avant la naissance	3	1.2 L'Assurance-hospitalisation prend en charge les frais de séjour à l'hôpital. Elle accorde de plus des prestations pour les cures balnéaires et de convalescence, pour l'aide ménagère, le rooming-in, ainsi que pour les accouchements ambulatoires et à domicile.
Définitions	4	1.3 L'Assurance-hospitalisation est une assurance de dommages.
Dispositions applicables	5	1.4 Pour les personnes assurées qui ont conclu une forme particulière de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. modèle HMO ou médecin de famille) conformément à l'art. 62 de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), les Conditions particulières d'assurance (CPA) correspondantes s'appliquent également.
<b>II. Prestations</b>		<b>2 Variantes d'assurance</b>
Nécessité de séjour en hôpital		2.1 Il est possible de choisir parmi les variantes d'assurance suivantes:
de soins aigus	6	- Assurance-hospitalisation PRIVÉE: séjour en division privée
Étendue des prestations	7	- Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: séjour en division mi-privée
Durée des prestations	8	- Assurance-hospitalisation COMMUNE: séjour en division commune dans toute la Suisse
Prestations en cas de sous-assurance	9	2.2 Ces variantes d'assurance peuvent être conclues avec les options suivantes:
Cures balnéaires	10	- sans couverture du risque d'accident;
Cures de convalescence	11	- avec couverture du risque d'accident;
Obligation d'informer l'assureur avant une cure	12	- sans franchise;
Aide ménagère	13	- avec franchise à option (Assurance-hospitalisation PRIVÉE et Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE );
Rooming-in	14	- avec libre choix de l'hôpital selon la LAMal;
Accouchements ambulatoires et à domicile	15	- avec restriction du choix de l'hôpital;
Deuxième avis médical	16	- avec extension du choix de l'hôpital.
Prestations à l'étranger	17	
de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE	18	
Versement des prestations	19	
Prestations exclues	19	
<b>III. Options de l'Assurance-hospitalisation</b>		
Franchise à option	20	
Restriction du choix de l'hôpital	21	
Extension du choix de l'hôpital	22	
<b>IV. Disposition transitoire</b>		
Rabais de primes	23	

**3 Conclusion de l'assurance avant la naissance**  
Lorsque la proposition d'assurance est présentée avant la naissance, l'enfant est accepté-e sans réserve dans l'Assurance-hospitalisation COMMUNE. La conclusion de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE et de l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE avant la naissance n'est pas possible.

#### **4 Définitions**

- 4.1 Sont réputés hôpitaux les établissements médicaux placés sous direction et surveillance médicales ou leurs divisions qui servent au traitement stationnaire de maladies aiguës ou de suites d'accident ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation. Ils doivent garantir une assistance médicale suffisante, disposer du personnel qualifié nécessaire et d'équipements médicaux adéquats, garantir la fourniture adéquate des médicaments et s'affilier à une communauté certifiée au sens de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP). Les cliniques psychiatriques sont également considérées comme des hôpitaux.
- 4.2 Ne sont pas réputés hôpitaux les établissements de cure, les homes pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux et autres institutions et établissements médicaux qui ne sont pas indiqués pour le traitement de patient-es devant séjourner en hôpital de soins aigus.
- 4.3 Est réputée division privée une chambre à un lit, ou exceptionnellement, à deux lits avec tarif reconnu par l'assureur.
- 4.4 Est réputée division mi-privée une chambre à deux lits ou, exceptionnellement, à plus de deux lits avec tarif reconnu par l'assureur.
- 4.5 Est réputée division commune une chambre à plusieurs lits avec tarif reconnu par l'assureur.
- 4.6 Lorsqu'un hôpital ne définit pas de critères de classification pour les divisions hospitalières ou en applique d'autres que ceux mentionnés ci-dessus ou lorsque les tarifs d'une division ne sont pas reconnus par l'assureur, il s'agit alors d'une division privée.
- 4.7 Si l'assureur ne reconnaît pas les tarifs d'un hôpital, d'une division hospitalière ou d'un domaine de prestations, il peut refuser complètement le remboursement ou fixer des tarifs maximaux déterminant les prestations maximales. L'assureur peut adapter les tarifs maximaux à tout moment.
- 4.8 L'assureur publie une liste régulièrement mise à jour des hôpitaux pour lesquels les prestations sont remboursées intégralement, en partie ou ne le sont pas du tout. Les personnes assurées peuvent la consulter auprès de l'assureur ou en demander un extrait.

#### **5 Dispositions applicables**

Pour toutes les questions qui ne sont pas expressément réglées dans les présentes Conditions complémentaires d'assurance (CCA), les dispositions légales et les CGA des assurances complémentaires des soins s'appliquent.

## **II. Prestations**

#### **6 Nécessité de séjour en hôpital de soins aigus**

Les prestations hospitalières sont accordées:

- 6.1 quand, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, la nécessité de séjourner dans un hôpital de soins aigus est avérée;
- 6.2 pour l'hôpital ou le service médical spécialisé dans lesquels la personne assurée doit séjourner pour des raisons médicales.

#### **7 Étendue des prestations**

- 7.1 Tant que les conditions relatives à l'octroi des prestations sont remplies, les prestations assurées couvrent l'intégralité des frais de séjour et des frais des traitements scientifiquement reconnus de l'hôpital ainsi que les frais de traitement des médecins en fonction de la variante d'assurance convenue (division commune, mi-privée ou privée) et selon le tarif reconnu par l'assureur.
- 7.2 Si une intervention ambulatoire moins coûteuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital de soins aigus et qu'une convention existe entre l'institution dans laquelle l'intervention ambulatoire est pratiquée et l'assureur, les frais de l'intervention sont pris en charge par l'Assurance-hospitalisation selon les tarifs contractuels. Aucune participation aux coûts n'est perçue pour les frais excédant les prestations légales obligatoires.

#### **8 Durée des prestations**

- 8.1 En cas de traitement stationnaire à l'hôpital, les prestations assurées sont versées sans limitation de durée, tant que la nécessité de séjourner en hôpital de soins aigus est avérée. Les traitements au sens de l'art. 8.2 des présentes CCA demeurent réservés.
- 8.2 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un autre hôpital, les prestations assurées sont versées tant que le séjour dans cet établissement est nécessaire sur le plan médical et que la maladie n'est pas de nature chronique, tout au plus durant 180 jours en l'espace de 365 jours consécutifs.

## 9 Prestations en cas de sous-assurance

- 9.1 Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: en cas de séjour en division privée, les frais sont remboursés à hauteur de 75% des prestations de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE, à concurrence cependant de 75% du tarif maximal prévu à l'art. 4.7 des présentes CCA.
- 9.2 Assurance-hospitalisation COMMUNE: en cas de séjour en division privée, les frais sont remboursés à hauteur de 20% des prestations de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE, à concurrence cependant de 20% du tarif maximal prévu à l'art. 4.7 des présentes CCA. En cas de séjour en division mi-privée, les frais sont remboursés à hauteur de 40% des prestations de l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE, à concurrence cependant de 40% du tarif maximal prévu à l'art. 4.7 des présentes CCA.
- 9.3 Assurance-hospitalisation PRIVÉE: en cas de séjour dans un hôpital dont les tarifs pour la division privée dépassent ceux reconnus par l'assureur, les frais remboursés n'excèdent pas le tarif maximal prévu à l'art. 4.7 des présentes CCA.
- 9.4 En cas d'accouchement en division privée ou mi-privée d'un hôpital ou en division commune d'un hôpital extra-cantonal, les frais non couverts pour un-e nouveau-né-e en bonne santé assuré-e chez l'assureur dès sa naissance sont pris en charge par l'Assurance-hospitalisation de sa mère.

## 10 Cures balnéaires

- 10.1 Pour les cures balnéaires stationnaires effectuées sur prescription médicale dans une station thermale suisse sous direction médicale au sens de l'art. 40 LAMal, les prestations suivantes sont allouées:
- Assurance-hospitalisation PRIVÉE: jusqu'à CHF 70 par jour
  - Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: jusqu'à CHF 50 par jour
  - Assurance-hospitalisation COMMUNE: jusqu'à CHF 30 par jour
- Ces prestations sont également accordées lorsque la cure balnéaire stationnaire sur prescription médicale a lieu dans une station thermale européenne sous direction médicale, disposant du personnel spécialisé requis et proposant une offre de thérapie appropriée pour le traitement des patient-es de cures balnéaires.
- 10.2 La cure balnéaire doit avoir lieu dans une station thermale reconnue par l'assureur. Ce dernier tient une liste régulièrement mise à jour des stations thermales qu'il reconnaît. Les personnes assurées peuvent la consulter auprès de l'assureur ou en demander un extrait.
- 10.3 Ces prestations ne sont accordées que si la cure a été précédée d'un traitement intensif approprié et scientifiquement reconnu ou qu'un tel traitement ne peut être appliqué en milieu ambulatoire. De plus,

un examen médical d'admission doit avoir lieu au début de la cure et des mesures balnéologiques et physiothérapeutiques scientifiquement reconnues en Suisse doivent être effectuées selon le plan de cure.

- 10.4 Les prestations journalières assurées sont versées au maximum pendant 21 jours par année civile.

## 11 Cures de convalescence

- 11.1 Si une cure est médicalement nécessaire et prescrite par un-e médecin en vue de la guérison ou de la convalescence consécutive à une maladie ou opération grave, les prestations suivantes sont allouées:
- Assurance-hospitalisation PRIVÉE: jusqu'à CHF 70 par jour
  - Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: jusqu'à CHF 50 par jour
  - Assurance-hospitalisation COMMUNE: jusqu'à CHF 30 par jour
- 11.2 La cure doit avoir lieu dans un établissement de cure suisse reconnu par l'assureur. Ce dernier tient une liste régulièrement mise à jour des établissements de cure qu'il reconnaît. Les personnes assurées peuvent la consulter auprès de l'assureur ou en demander un extrait.
- 11.3 Les prestations journalières assurées sont versées au maximum pendant 21 jours par année civile.

## 12 Obligation d'informer l'assureur avant une cure

L'ordonnance de cure, établie par un-e médecin, doit être présentée à l'assureur avant le début de la cure et faire mention de l'établissement de cure ou de la station thermale ainsi que de la date du début de la cure.

## 13 Aide ménagère

- 13.1 Si la personne assurée présente une incapacité totale de travail et doit, sur prescription médicale, faire appel à une aide ménagère en raison de son état de santé et de ses circonstances personnelles et familiales, les prestations suivantes sont allouées pour les frais dûment justifiés et non couverts par l'assurance DIVERSA:
- Assurance-hospitalisation PRIVÉE: jusqu'à CHF 70 par jour
  - Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: jusqu'à CHF 50 par jour
  - Assurance-hospitalisation COMMUNE: jusqu'à CHF 30 par jour
- 13.2 Est réputée aide ménagère la personne qui, à titre professionnel, pour son compte ou celui d'une organisation, s'occupe du ménage en lieu et place de la personne assurée. La même prestation est accordée si une autre personne s'occupe du ménage en lieu et place de la personne assurée et que les frais qui en découlent sont dûment justifiés.

13.3 Les prestations journalières assurées sont versées au maximum 30 fois par année civile.

13.4 Les prestations pour aide ménagère ne sont pas accordées simultanément avec d'autres prestations de l'Assurance-hospitalisation.

#### 14 Rooming-in

14.1 L'Assurance-hospitalisation de la personne hospitalisée prend en charge jusqu'à CHF 60 par nuitée lorsqu'un parent passe la nuit dans une chambre payante de l'hôpital où son enfant assuré·e âgé·e de moins de dix ans est hospitalisé·e ou qu'un·e ou plusieurs enfants âgé·es de moins de dix ans passent la nuit dans une chambre payante de l'hôpital où l'un de leurs parents assurés est hospitalisé.

14.2 Le droit à cette prestation s'applique aussi aux enfants en famille d'accueil et aux enfants du ou de la conjoint·e.

14.3 Les prestations de l'Assurance-hospitalisation sont fournies pour les hospitalisations ayant lieu en Suisse.

14.4 Si l'Assurance-hospitalisation et l'assurance DIVERSA prévoient des prestations pour les mêmes nuitées, celles de DIVERSA sont versées en priorité et celles de l'Assurance-hospitalisation viennent les compléter.

#### 15 Accouchements ambulatoires et à domicile

15.1 Si la mère dispose d'une Assurance-hospitalisation en vigueur depuis au moins 270 jours au moment de son accouchement ambulatoire ou à domicile en Suisse, les prestations suivantes lui sont octroyées:

- Assurance-hospitalisation PRIVÉE: C H F  
1'500

- Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE: C H F  
1'000

- Assurance-hospitalisation COMMUNE: CHF 300

15.2 Il n'existe pas de droit aux prestations en cas de prolongation du séjour hospitalier ou d'hospitalisation dans les 24 heures suivant l'accouchement.

15.3 En cas de naissance multiple, la prestation n'est versée qu'une seule fois.

#### 16 Deuxième avis médical

Avant une opération planifiée ou un traitement médical lourd, la personne assurée a la possibilité de s'adresser à l'assureur, qui lui permet de bénéficier, pour certains diagnostics, d'un deuxième avis médical. Ce service est fourni par un partenaire externe et prend la forme d'un examen du dossier médical. Les frais de cette prestation sont à la charge de l'assureur.

#### 17 Prestations à l'étranger de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE

17.1 En cas d'hospitalisation médicalement nécessaire – aiguë ou planifiée – dans un hôpital à l'étranger, les frais d'un traitement médical scientifiquement

reconnu en Suisse et les frais d'hôtellerie sont couverts par l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE. Aucune prestation n'est accordée au titre de l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE et de l'Assurance-hospitalisation COMMUNE.

17.2 En cas de traitement stationnaire planifiable à l'étranger, une demande de garantie de paiement doit parvenir à l'assureur au plus tard sept jours avant l'admission à l'hôpital. Elle doit contenir la date d'admission, le traitement médical prévu ainsi que le fournisseur ou la fournisseuse de prestations et la division choisis. Si la demande n'est pas parvenue à l'assureur dans ce délai, aucune prestation n'est accordée au titre de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE. De même, si aucune garantie de paiement n'a été octroyée par l'assureur au moment de l'entrée à l'hôpital, aucune prestation n'est prise en charge au titre de l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE.

17.3 La personne assurée doit fournir les indications médicales nécessaires au versement des prestations et présenter la facture détaillée dans l'une des langues nationales suisses ou en anglais. L'assureur peut demander l'original de la facture. Si la personne assurée ne peut pas fournir de facture détaillée, les prestations sont fixées en tenant compte du type, de la gravité et de la durée de la maladie ou des suites d'accident.

#### 18 Versement des prestations

18.1 Le versement des prestations est régi par les dispositions de l'art. 34 des CGA.

18.2 Si le canton de domicile, en dérogation de l'art. 41 al. 3 LAMal, refuse de prendre en charge les frais supplémentaires découlant d'une hospitalisation médicalement justifiée, l'assureur établit le décompte de ses prestations comme si le canton assumait ces frais supplémentaires dans le cadre d'un séjour en division commune.

18.3 Si le canton de domicile, en dérogation de l'art. 41 al. 1<sup>bis</sup> LAMal, refuse de prendre en charge une hospitalisation au tarif de référence, l'assureur établit le décompte de ses prestations comme si le canton prenait en charge le tarif de référence dans le cadre d'un séjour en division commune.

#### 19 Prestations exclues

L'Assurance-hospitalisation n'octroie aucune prestation:

19.1 pour les traitements ambulatoires, à l'exception des dispositions de l'art. 7.2 des présentes CCA;

19.2 pour les traitements et séjours à l'hôpital en lien avec la consommation de drogues, de stupéfiants et d'autres substances toxicomanogènes, ainsi que l'abus d'alcool et de médicaments (complications et séquelles comprises). Les prestations sont aussi exclues quand la consommation ou l'abus de ces substances a, ne serait-ce qu'en partie, concouru à

- rendre nécessaire le traitement ou exercé une influence sur la durée de ce dernier;
- 19.3 pour les frais personnels (p. ex. téléphone, frais de port, télévision, radio);
- 19.4 pour les traitements dentaires qui ne font pas partie des prestations obligatoires de l'assurance obligatoire des soins;
- 19.5 pour le traitement, les soins, la surveillance et le séjour dans un établissement médico-social ou dans un home pour personnes âgées;
- 19.6 pour les traitements et séjours à l'hôpital en lien avec la transplantation d'organes ou de cellules souches selon la liste tenue par l'assureur. Les personnes assurées peuvent consulter cette dernière auprès de l'assureur ou en demander un extrait;
- 19.7 quand la nécessité d'un séjour en établissement hospitalier de soins aigus n'est plus établie sur le plan médical;
- 19.8 pour les traitements et séjours dans des hôpitaux dont l'assureur ne reconnaît pas les tarifs dans leur intégralité ou ne les reconnaît pas pour la division hospitalière ou le domaine de prestations concernés et pour lesquels il n'a pas non plus fixé de tarifs maximaux (art. 4.7 des présentes CCA);
- 19.9 dans l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE et l'Assurance-hospitalisation COMMUNE: pour les traitements à l'étranger;
- 19.10 pour les traitements pour lesquels il n'existe aucune obligation à prestations selon la législation fédérale suisse sur l'assurance-maladie, ainsi que pour le traitement de leurs complications et séquelles;
- 19.11 dans les cas mentionnés à l'art. 32 des CGA.

### III. Options de l'Assurance-hospitalisation

#### 20 Franchise à option

- 20.1 Moyennant une réduction des primes, les personnes assurées ayant conclu l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE et l'Assurance-hospitalisation MI-PRIVÉE ont la possibilité d'assumer personnellement une partie des frais à la charge de l'Assurance-hospitalisation, à concurrence d'un montant fixe par année civile (franchise). Les franchises à option suivantes sont proposées:
- CHF 1'000 par année civile
  - CHF 2'000 par année civile
  - CHF 3'000 par année civile
  - CHF 5'000 par année civile
  - CHF 10'000 par année civile
- 20.2 L'application d'une franchise dans le cadre d'une Assurance-hospitalisation déjà en vigueur est possible indépendamment de l'état de santé et de l'âge de la personne assurée pour le début d'un mois.
- 20.3 Le passage à une franchise plus élevée est possible

- indépendamment de l'état de santé et de l'âge de la personne assurée pour la fin d'une année civile.
- 20.4 Une nouvelle procédure d'affiliation au moyen d'une proposition d'assurance est requise pour le passage à une franchise inférieure. Ce changement est possible pour la fin d'une année civile, pour la première fois après une durée d'assurance de trois ans, en respectant un préavis de trois mois.
- 20.5 Si la durée de l'assurance avec franchise à option est inférieure à une année civile entière, la franchise est calculée pro rata temporis.
- 20.6 En cas de recours aux prestations de l'Assurance-hospitalisation, les personnes assurées ayant opté pour une franchise à option prennent tout d'abord en charge le montant de la franchise choisie par année civile.
- 20.7 En cas de séjour hospitalier de 30 jours au maximum à cheval sur deux années, la franchise à option n'est perçue qu'une seule fois, au titre de l'année civile au cours de laquelle le séjour hospitalier a commencé.
- 20.8 Lorsque les personnes assurées ayant opté pour une franchise à option sont hospitalisées en division commune selon l'art. 4.5 des présentes CCA, l'assureur renonce à percevoir la franchise.
- 20.9 Lorsque les personnes assurées ayant conclu l'Assurance-hospitalisation PRIVÉE avec une franchise à option sont hospitalisées en division mi-privée selon l'art. 4.4 des présentes CCA, l'assureur ne perçoit que la moitié de la franchise.

#### 21 Restriction du choix de l'hôpital

- 21.1 Moyennant une réduction des primes, les personnes assurées ayant conclu l'Assurance-hospitalisation ont la possibilité de souscrire une option qui implique la restriction du choix de l'hôpital, pour autant que l'assureur propose une telle offre dans toute la Suisse ou dans la région de domicile de la personne assurée.
- 21.2 Avec l'option impliquant la restriction du choix de l'hôpital, la couverture des prestations se limite aux hôpitaux désignés par l'assureur.
- 21.3 En cas d'urgence ou si les prestations nécessaires ne peuvent pas être offertes dans les hôpitaux figurant sur la liste de l'assureur, les frais sont couverts dans leur intégralité. L'art. 9 demeure réservé.
- 21.4 Le passage de l'option impliquant une restriction du choix de l'hôpital à celle sans restriction du choix de l'hôpital est possible pour la première fois après une durée d'assurance de trois ans pour la fin d'une année civile, puis pour la fin de chaque année civile. Un préavis de douze mois doit être observé dans tous les cas. Une nouvelle procédure d'admission au moyen d'une proposition d'assurance n'est pas nécessaire.

## **22 Extension du choix de l'hôpital**

- 22.1 Moyennant une majoration de primes, les personnes assurées ayant conclu l'Assurance-hospitalisation ont la possibilité de conclure une option qui prévoit l'extension du choix de l'hôpital, pour autant que l'assureur propose une telle offre dans toute la Suisse ou dans la région de domicile de la personne assurée.
- 22.2 Les prestations versées dépendent du tarif reconnu par l'assureur pour cette option et pour l'hôpital, la division hospitalière ou le domaine de prestations concernés ou bien du tarif maximal. L'assureur peut renoncer à l'établissement d'un tarif maximal et refuser complètement de verser les prestations.

## **IV. Disposition transitoire**

### **23 Rabais de primes**

Les personnes assurées qui ont conclu l'Assurance-hospitalisation avant 1997 bénéficient d'un rabais de primes. Le montant de cette réduction dépend de la durée de l'assurance au 31 décembre 1996.



Bundesplatz 15  
6002 Lucerne  
Téléphone +41 41 228 01 11  
[www.concordia.ch](http://www.concordia.ch)  
[info@concordia.ch](mailto:info@concordia.ch)