

Assurance d'hospitalisation

Assurance-maladie complémentaire selon la LCA

Conditions complémentaires (CC)
Edition 01.2010

Table des matières

1	Conditions d'admission	2
2	Prestations assurées	2
3	Droit aux prestations	5
4	Participations aux coûts	5
5	Limitation des prestations	5

Les conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires selon la LCA de la CSS Assurance SA (ci-après appelée «assureur») constituent la base des conditions complémentaires suivantes (CC) dans la mesure où les présentes CC ne prévoient pas de réglementations divergentes.

1 Conditions d'admission

- 1.1 Dans l'assurance d'hospitalisation, la personne assurée peut choisir entre les deux échelons d'assurance «Minima» ou «Optima».
- 1.2 Tant la conclusion initiale d'une assurance d'hospitalisation que le passage, après la conclusion, à l'échelon d'assurance directement supérieur nécessitent impérativement la remise d'une déclaration de santé et ne peuvent se faire qu'après contrôle et acceptation de celle-ci par l'assureur.
- 1.3 La couverture d'assurance pour les suites d'accident peut être exclue. La personne assurée qui a exclu la couverture-accidents, dès la conclusion ou par la suite, peut en tout temps en demander l'intégration ou la réintégration, en remettant une déclaration de santé. L'intégration ou la réintégration de la couverture-accidents ne peut être effectuée qu'après contrôle et acceptation de la déclaration de santé par l'assureur.

- 1.4 La couverture d'assurance (toutes les prestations énumérées au chiffre 2) pour la maternité peut être exclue. La personne assurée peut en tout temps demander l'intégration ou la réintégration de cette couverture. Un délai de carence de 365 jours (cf. chiffre 2.9) est alors valable.

2 Prestations assurées

Lors d'un cas d'assurance, l'assureur alloue les prestations suivantes en complément et subséquentement aux prestations d'autres assurances sociales, notamment de l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et/ou de l'assurance-accidents selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA). L'étendue des prestations pour l'échelon d'assurance conclu figure dans le tableau ci-dessous.

Domaine de prestations		MINIMA	OPTIMA		
2.1	Champ d'application territorial	Couverture dans toute la Suisse pour les traitements planifiés, couverture dans le monde entier pour les traitements d'urgence: L'assureur paie toutes les prestations pour les examens diagnostiques et les traitements médicaux. Pendant un séjour à l'étranger, les prestations sont limitées à la phase aiguë du traitement si, simultanément, un rapatriement en Suisse n'est pas raisonnable (conditions d'obtention des prestations voir chiffre 3.5). <hr/> Si les documents et justificatifs ne permettent pas de constater dans quelle division la personne assurée a été traitée, l'assureur verse les prestations comme pour la division privée à son domicile suisse avec la participation aux coûts convenue.			
2.2	Liberté du choix des divisions (commune, demi privée, privée) pour les traitements stationnaires	Avant de commencer un traitement stationnaire, la personne assurée peut choisir dans quelle division (commune, demi-privée ou privée) elle entend se faire soigner ou séjourner et paie pour cela, en fonction de la division choisie, la participation aux coûts annuelle mentionnée dans la police.			
2.3	Hôpital stationnaire	L'assureur paie les coûts de traitement et de séjour en division commune, demi-privée ou privée des hôpitaux qui, au moment du traitement, sont considérés comme un fournisseur de prestations selon le chiffre 9 des CGA. <hr/> Pour les traitements planifiés, une garantie de paiement pour le fournisseur de prestations et la division choisie doit avoir été délivrée par l'assureur au plus tard au moment de l'admission auprès du fournisseur de prestations. Si tel n'est pas le cas, les coûts ne sont pas remboursés. En cas d'urgence, la garantie de paiement pour le fournisseur de prestations ainsi que pour la division choisie doit être demandée sans délai.			
2.4	Hôpital ambulatoire	L'assureur ne paie les coûts de traitement et de séjour ambulatoire ou semi-hospitalier auprès des fournisseurs de prestations fixés pour l'hospitalisation stationnaire (chiffre 2.3) que dans la mesure où la personne assurée ne dispose d'aucune assurance complémentaire pour les coûts ambulatoires auprès de l'assureur et où ce traitement ambulatoire sert à éviter ou à raccourcir une hospitalisation stationnaire assurée, cependant au plus 90 % du montant maximum pour une hospitalisation stationnaire selon le tarif (de référence) reconnu par la LAMal.			
2.5	Réadaptation stationnaire	L'assureur paie les coûts de traitement et de séjour pour une réadaptation stationnaire en division commune, demi-privée ou privée dans des cliniques de réadaptation qui, au moment du traitement, sont considérées comme un fournisseur de prestations selon le chiffre 9 des CGA. <hr/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Au maximum pendant 60 jours par année civile</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Au maximum pendant 90 jours par année civile</td> </tr> </table>		Au maximum pendant 60 jours par année civile	Au maximum pendant 90 jours par année civile
Au maximum pendant 60 jours par année civile	Au maximum pendant 90 jours par année civile				

Domaine de prestations		MINIMA	OPTIMA
2.6	Réadaptation ambulatoire	L'assureur ne paie les coûts de traitement et de séjour ambulatoire ou semi-hospitalier auprès des fournisseurs de prestations fixés pour le séjour de réadaptation stationnaire (chiffre 2.5) que dans la mesure où la personne assurée ne dispose d'aucune assurance complémentaire pour les coûts ambulatoires auprès de l'assureur et où ce traitement ambulatoire sert à éviter ou à raccourcir un séjour de réadaptation stationnaire assuré, cependant au plus 90 % du montant maximum pour un séjour de réadaptation stationnaire selon le tarif (de référence) reconnu par la LAMal.	
		Au maximum pendant 60 jours par année civile	Au maximum pendant 90 jours par année civile
2.7	Psychiatrie stationnaire	L'assureur paie les coûts de traitement et de séjour en division commune, demi-privée ou privée des cliniques psychiatriques qui, au moment du traitement, sont considérées comme un fournisseur de prestations selon le chiffre 9 des CGA. Un traitement stationnaire suppose toujours une nécessité d'hospitalisation (le patient a besoin d'un traitement en milieu hospitalier, autrement dit des mesures diagnostiques et thérapeutiques ne sont possibles qu'à l'hôpital pour des raisons de matériel et de personnel). Des séjours de longue durée en cliniques psychiatriques de jour et de nuit, pour lesquels une nécessité n'est pas donnée, ne sont pas payés par cette assurance.	
		Au maximum pendant 60 jours par année civile	Au maximum pendant 90 jours par année civile
2.8	Cures balnéaires et cures de convalescence	Cures balnéaires: lorsque la personne assurée a subi préalablement un traitement approfondi en raison de maladies de l'appareil de soutien et de l'appareil locomoteur, que la cure se déroule dans un centre thermal reconnu par l'assureur et dirigé par un médecin, qu'elle dure au moins deux semaines, qu'elle comprend des mesures balnéologiques et physiatriques et qu'elle est surveillée par un médecin du centre. Cures de convalescence: après une hospitalisation dans des établissements de convalescence reconnus par l'assureur.	
		Pour les cures balnéaires et les cures de convalescence combinées: au maximum CHF 20 par jour jusqu'à maximum CHF 500 par année civile	Pour les cures balnéaires et les cures de convalescence combinées: au maximum CHF 80 par jour jusqu'à maximum CHF 2000 par année civile
2.9	Maternité	En cas de maternité, à l'échéance d'un délai de carence de 365 jours depuis le début de l'assurance et si les prestations de maternité n'ont pas été exclues, l'assureur alloue:	
		a) les mêmes prestations qu'en cas de maladie.	
		b) les coûts pour un accouchement stationnaire dans une maternité mentionnée sur la liste des hôpitaux du canton pour un montant équivalant à une hospitalisation pour une naissance (en tenant compte de la participation aux coûts choisie en conséquence).	
		c) un montant maximum unique de CHF 1000, sans justificatif de coûts, pour un accouchement stationnaire (y c. en cas de naissances multiples) dans une maternité ne figurant pas sur la liste des hôpitaux du canton. Si la totalité de la période de convalescence se déroule dans la maternité, mais pas l'accouchement à proprement parler, un montant unique de CHF 500 au maximum est versé sans justificatif de coûts.	c) la totalité des coûts du séjour, sur présentation d'un justificatif, pour un accouchement stationnaire dans une maternité ne figurant pas sur la liste des hôpitaux du canton. Si la totalité de la période de convalescence se déroule dans la maternité, mais pas l'accouchement à proprement parler, ce sont au maximum 50 % des frais de séjour qui sont pris en charge sur présentation d'un justificatif.
		d) la contribution maximale unique mentionnée ci-après, sans justificatif de coûts, pour un accouchement ambulatoire dans une maternité ou à domicile (y c. en cas de naissances multiples). Ces prestations ne peuvent pas être cumulées.	
		CHF 1000 par accouchement	CHF 1500 par accouchement

Domaine de prestations		MINIMA	OPTIMA
2.10	Nouveau-né	a) Pour un nouveau-né en bonne santé, l'assureur rembourse les coûts de séjour et du premier examen selon le tarif reconnu dans la LAMal pendant l'hospitalisation de la mère, à condition qu'il soit assuré auprès de l'assureur dès sa naissance au moins pour l'échelon Minima de la présente assurance d'hospitalisation.	
		L'assureur alloue ces prestations au plus pendant 10 jours à partir de la naissance	L'assureur alloue ces prestations au plus pendant 30 jours à partir de la naissance
		b) Pour les soins du nouveau-né en bonne santé et assuré auprès de l'assureur, celui-ci ne paie aucune prestation en cas de nouvelle hospitalisation de la mère.	b) Pour les soins du nouveau-né en bonne santé et assuré auprès de l'assureur, celui-ci paie au maximum CHF 100 par jour en cas de nouvelle hospitalisation de la mère dans les 10 semaines qui suivent la naissance.
2.11	Rooming-In	Pas de prestations	Dans le cas de l'hospitalisation stationnaire d'un enfant mineur assuré auprès de l'assureur, celui-ci paie au titre de l'assurance de l'enfant au maximum CHF 80 par jour jusqu'à CHF 2000 par année civile pour les coûts de séjour de la personne accompagnante.
2.12	Stérilisation stationnaire	L'assureur paie les coûts d'une stérilisation stationnaire pour les femmes/hommes jusqu'à concurrence du montant mentionné ci-après par cas d'assurance, la participation aux coûts selon la division et la variante de participation aux coûts choisie est appliquée. Cette prestation ne peut pas être cumulée avec les prestations de l'assurance ambulatoire.	
		CHF 500 par cas d'assurance	CHF 4000 par cas d'assurance
2.13	Coûts de transport en vue d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation	L'assureur paie les coûts du transport effectué dans le but d'éviter ou de raccourcir des séjours stationnaires pour autant que la personne assurée n'ait pas d'assurance complémentaire pour coûts de transport auprès de l'assureur jusqu'à concurrence du montant mentionné ci-après. Cette prestation ne peut pas être cumulée avec les prestations de l'assurance ambulatoire.	
		Jusqu'à CHF 250 au maximum par année civile	Jusqu'à CHF 1000 au maximum par année civile
2.14	Maladies chroniques	L'assureur ne paie que les prestations des séjours pour maladies aiguës. Les prestations pour maladies chroniques ou leur traitement ne sont pas payées par cette assurance. Sont considérées comme maladies chroniques, celles qui ne correspondent plus à une nécessité d'hospitalisation aiguë stationnaire. Les prestations qui sont allouées par des institutions prévues pour le traitement de personnes assurées souffrant d'une maladie aiguë, comme les EMS, les homes pour personnes âgées, les résidences pour personnes âgées, les hospices ou les séjours de longue durée dans des cliniques psychiatriques de jour ou de nuit ne sont pas couvertes par cette assurance.	

3 Droit aux prestations

- 3.1 Les prestations sont imputées selon les données de traitement et d'exécution sur la somme de prestations assurée par année civile. Les coûts intervenant après épuisement du droit ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
- 3.2 Si une limitation des prestations est convenue par cas d'assurance, celle-ci est valable indépendamment de la date de traitement ou d'exécution sur chaque cas d'assurance (y c. les complications ou éventuellement les traitements subséquents ou ultérieurs) et est considérée comme épuisée dès que tous les coûts réels dans le cadre de ce cas d'assurance ont atteint la limite de prestations.
- 3.3 Les prestations ou contributions prévues dans les présentes CC sont versées exclusivement à titre de complément et subséquemment aux assurances citées au chiffre 31.1. des CGA, notamment l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Les parts de coûts que couvrent ces assurances ainsi que les participations aux coûts issues de ces assurances ne sont pas assurées dans l'assurance d'hospitalisation, indépendamment du fait que les assurances existent ou non.
- 3.4 Pour autant que rien d'autre ne soit prévu au chiffre 2, sont remboursés au maximum, sur présentation de justificatifs, les coûts effectifs.
- 3.5 Pour les traitements à l'étranger, il faut avertir sans tarder la centrale d'appel d'urgence de l'assureur. Les prestations ne sont allouées que si la centrale d'appel d'urgence de l'assureur les a autorisées ou organisées.

4 Participations aux coûts

- 4.1 En cas de séjour hospitalier, les participations aux coûts annuelles mentionnées dans la police sont valables. Pour les prestations allouées à titre ambulatoire, une quote-part générale de 10 % est valable. Il n'est perçu aucune participation aux coûts ou quotpart sur les prestations dont les sommes sont limitées, à condition que le chiffre 2 ne mentionne rien d'autre.
- 4.2 Avant de commencer un traitement stationnaire, la personne assurée peut choisir dans quelle division (commune, demi-privée ou privée) elle veut être soignée ou séjourner et elle paie la participation aux coûts annuelle mentionnée dans la police conformément à la division choisie.
- 4.3 La personne assurée peut en tout temps proposer de passer dans une autre variante de participation aux coûts. Un changement pour une autre variante de participation aux coûts avec une participation aux coûts faible de la personne assurée est accordée après la remise et l'acceptation d'une déclaration de santé pour le début du mois qui suit l'acceptation. Si aucune déclaration de santé n'est remise ou si celle-ci n'est pas acceptée sans réserve par l'assureur, le changement pour l'échelon d'assurance «Optima» ne se fait qu'au début de la deuxième année civile qui suit la proposition alors qu'il est exclu dans l'échelon d'assurance «Minima».
- 4.4 Dans l'assurance d'hospitalisation figurent les variantes de participation aux coûts suivantes:

	MINIMA	OPTIMA
Variante 1		
Division commune:	aucune particip. aux coûts	aucune particip. aux coûts
Division demi-privée:	40 % jusqu'à CHF 8000 par année civile	20 % jusqu'à CHF 2000 par année civile
Division privée:	70 % jusqu'à CHF 14 000	35 % jusqu'à CHF 4000
Variante 2		
Division commune:	aucune particip. aux coûts	aucune particip. aux coûts
Division demi-privée:	20 % jusqu'à CHF 4000 par année civile	aucune particip. aux coûts
Division privée:	35 % jusqu'à CHF 7000 par année civile	35 % jusqu'à CHF 2000 par année civile

5 Limitation des prestations

- 5.1 Lors d'un cas d'assurance, l'assureur n'alloue pas de prestations pour des traitements et médicaments de médecine complémentaire.
- 5.2 Le libre choix du fournisseur de prestations est supprimé lorsque la personne assurée a conclu une assurance obligatoire des soins avec choix limité des fournisseurs de prestations. En cas d'infraction aux règles, aucun coût n'est pris en charge à partir de cette assurance.

- 5.3 En cas de séjours et/ou de traitements prodigués auprès d'un fournisseur de prestations reconnu conformément au chiffre 9 des CGA dont la division figure sur la liste des fournisseurs de prestations sans division commune, demi-privée ou privée reconnue par l'assureur (cf. chiffre 41 des CGA), aucun frais n'est pris en charge.

