

Conditions spécifiques

HOPITAL Flex

Assurance complémentaire

Edition 2015 (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015)
Les dénominations personnelles et fonctionnelles contenues
dans les présentes Conditions générales d'assurance s'appliquent
aussi bien aux personnes de sexe féminin que masculin.

I. Domaine d'application

Art. 1 But

L'assurance complémentaire HOPITAL Flex est une assurance d'hospitalisation prenant en charge les frais supplémentaires, non couverts par l'assurance-maladie obligatoire, d'un séjour dans un établissement hospitalier (hôpital/clinique) ainsi que les autres prestations énoncées dans ces conditions spécifiques. Sont reconnus comme établissements hospitaliers au sens de ces conditions spécifiques, les établissements ou divisions de ceux-ci qui s'occupent du traitement stationnaire de maladies aiguës ou qui dispensent des mesures de réadaptation médicale en stationnaire sous contrôle médical. Ils doivent disposer du personnel soignant nécessaire et compétent ainsi que des installations paramédicales adéquates.

Art. 2 Etendue de l'assurance

L'étendue de cette assurance se base exclusivement sur les Conditions générales d'assurance des assurances complémentaires du 01.01.2015, les présentes conditions spécifiques et la police.

Art. 3 Offre d'assurance

Avec le niveau d'assurance HOPITAL Flex, la personne assurée peut choisir librement la division (commune, demi-privée, privée) **avant son entrée à l'hôpital** et paie pour cela, en fonction de la division choisie, la participation annuelle aux coûts mentionnée dans la police.

Division commune	aucun coût supplémentaire
Division demi-privée	35 % jusqu'à CHF 3500.– par année civile
Division privée	50 % jusqu'à CHF 5000.– par année civile

Lors d'un séjour hospitalier de 30 jours maximum dont la durée dépasse la fin de l'année, la participation aux coûts n'est perçue qu'une seule fois et ce sur l'année civile du commencement de ce séjour hospitalier.

En cas de maternité, le droit aux prestations de la catégorie d'assurance HOPITAL Flex débute à partir du 25^{ème} mois d'assurance.

Art. 4 Groupes d'âge

Les personnes assurées sont réparties en fonction de leur âge effectif dans les groupes d'âge suivants :

Groupe d'âge	0–18 ans	Groupe d'âge	46–50 ans
Groupe d'âge	19–25 ans	Groupe d'âge	51–55 ans
Groupe d'âge	26–30 ans	Groupe d'âge	56–60 ans
Groupe d'âge	31–35 ans	Groupe d'âge	61–65 ans
Groupe d'âge	36–40 ans	Groupe d'âge	66–70 ans
Groupe d'âge	41–45 ans	Groupe d'âge	71+ ans

L'âge qui sera atteint au cours de l'année est déterminant lors de la conclusion de l'assurance pour l'attribution dans le groupe d'âge. Le changement dans le prochain groupe d'âge supérieur a lieu au début de l'année civile durant laquelle la personne assurée atteint le premier âge du groupe d'âge supérieur.

L'attribution à un autre groupe d'âge qu'à celui correspondant à l'âge actuel n'est pas possible.

Art. 5 Nécessité d'hospitalisation

Dans le cadre d'un séjour dans un établissement hospitalier, les prestations, pour les traitements médicalement nécessaires et scientifiquement reconnus, sont accordées :

- 1 si l'état de santé de l'assuré exige un traitement stationnaire et
- 2 pour les établissements hospitaliers faisant partie des hôpitaux reconnus de Suisse (hôpitaux publics et privés autorisés par les cantons à fournir des prestations).

II. Prestations

Art. 6 Séjour dû à une maladie aiguë dans un établissement hospitalier

En cas de séjour dans un établissement hospitalier, dû à une maladie aiguë et nécessitant un séjour médical stationnaire, les frais de traitement ainsi que les coûts d'hébergement et de repas sont pris en charge.

Art. 7 Durée des prestations

Pour autant que rien d'autre ne soit stipulé dans ces conditions spécifiques, les prestations de l'assurance HOPITAL Flex sont accordées pour une période illimitée.

Art. 8 Etablissements psychiatriques

- 1 Lors d'un séjour stationnaire médicalement nécessaire dans un établissement psychiatrique, l'article 3 de ces conditions spécifiques ainsi que l'article 15, alinéa 3 des conditions générales HOPITAL/HOPITAL Flex/MAXICA/CASH-IV s'appliquent pour la prise en charge des frais de traitement ainsi que des coûts d'hébergement et de repas.
- 2 Ces frais sont pris en charge aussi longtemps que, compte tenu du diagnostic et de l'ensemble du traitement médical, le séjour dans un établissement hospitalier psychiatrique soit indiqué et qu'aucune maladie chronique n'existe. L'article 15, alinéa 3 des conditions générales HOPITAL/HOPITAL Flex/MAXICA/CASH-IV reste réservé.

Art. 9 Séjour dans un établissement hospitalier en cas de maladie chronique

Pour un séjour stationnaire, médicalement nécessaire, en cas de maladie chronique dans:

- un établissement hospitalier,
- une division hospitalière spéciale pour maladies de longue durée et malades chroniques,
- un établissement médico-social,
- la division de soins d'une maison de retraite

les prestations journalières suivantes sont prises en charge pour les frais non couverts (pension inclue):

maximum

HOPITAL Flex CHF 20.-

Art. 10 Cures

1 L'ordonnance médicale pour les cures balnéaires et de convalescence est à adresser à la GALENOS au moins 14 jours avant le début de la cure.

Cures balnéaires

2 Pour des cures balnéaires stationnaires, médicalement nécessaires et prescrites par un médecin avant le début de la cure dans un établissement balnéaire suisse sous direction médicale, ainsi que dans des cas spéciaux à l'étranger sur demande et avec accord préalable de la GALENOS, la contribution forfaitaire journalière suivante est octroyée :

maximum

HOPITAL Flex CHF 30.-

3 Les prestations selon alinéa 2 ne sont accordées que si un examen médical d'entrée a lieu au début de la cure et que les bains thermaux ainsi que les mesures physiothérapeutiques sont suivis selon le plan de cure.

4 Ces prestations ne sont octroyées que pour un maximum de 28 jours par année civile et au maximum 2 fois en l'espace de 4 années civiles. Des journées de cure ou des prestations n'ayant pas été utilisées lors d'une année ne peuvent pas être reportées à une autre année.

5 Aucune prestation n'est accordée :

- 5.1 pour des cures balnéaires d'une durée inférieure à 14 jours;
- 5.2 pour des cures balnéaires dans des établissements balnéaires non reconnus ou lors d'hébergement sur des places de camping, dans une tente ou une caravane;
- 5.3 pour des frais de voyage.

Cures de convalescence

6 Lors d'une cure médicalement nécessaire, prescrite au préalable par un médecin, et servant à la guérison ou à la convalescence après une maladie grave, les prestations journalières suivantes sont octroyées :

Maison de convalescence	Etablissement de cure sous contrôle médical
maximum	maximum
HOPITAL Flex	CHF 30.-
	CHF 40.-

7 La cure doit avoir lieu dans des maisons de convalescence ou établissements de cure en Suisse, reconnus par la GALENOS. La liste y relative peut être demandée auprès de la GALENOS.

8 Les prestations pour cures de convalescence ne sont octroyées que pour un maximum de 28 jours par année civile et au maximum 2 fois en l'espace de 4 années civiles. Des journées de cure ou des prestations n'ayant pas été utilisées lors d'une année ne peuvent pas être reportées à une autre année.

Art. 11 Aide ménagère

1 Si, en raison d'une incapacité totale de travail due à son état de santé et en raison des conditions familiales personnelles, l'assuré a besoin, sur la base d'une prescription médicale, d'une aide ménagère, les prestations journalières suivantes, pour frais attestés et non couverts ailleurs, sont accordées :

maximum

HOPITAL Flex CHF 20.-

2 Est considérée comme aide ménagère, la personne qui, en lieu et place de l'assuré, s'occupe professionnellement du ménage à son propre compte ou pour le compte d'une organisation. Peut aussi être reconnue comme aide ménagère toute personne s'occupant du ménage de l'assuré malade et pouvant prouver qu'il lui en résulte une perte de gain.

3 Ces prestations journalières sont octroyées pour un maximum de 60 jours par année civile. Les prestations journalières, non entièrement perçues, ne peuvent pas être reportées à d'autres journées.

Art. 12 Prestations à l'étranger

1 Lors d'un séjour stationnaire médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier pour maladies aiguës dans un **pays étranger européen**, les prestations suivantes sont accordées pour les frais de traitement, d'hébergement et de repas pendant 30 jours au maximum par année civile :

maximum

HOPITAL Flex CHF 500.- par jour

- 2 Lors d'un séjour stationnaire **urgent et imprévu dans un pays étranger hors d'Europe** et médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier pour maladies aiguës, les prestations citées sous alinéa 1 sont accordées pendant 30 jours au maximum par année civile et pour autant que l'assuré tombe malade ou soit accidenté lors d'un séjour temporaire à l'étranger.
- 3 Si une hospitalisation d'urgence devait durer plus de 30 jours, la GALENOS décide de la manière d'agir. Cette décision se base sur l'état de santé et l'aptitude au transport de la personne assurée.
- 4 Le traitement doit être reconnu scientifiquement.
- 5 Pour l'attribution des prestations, l'assuré doit fournir les indications médicales nécessaires ainsi que les factures originales détaillées.
- 6 La quote-part au sens de l'art. 3 de ces conditions spécifiques est facturée sur la somme maximale de l'art. 12, al. 1.

Art. 13 Traitements dans des établissements hospitaliers avec médecine parallèle

- 1 Sont considérés comme établissements hospitaliers avec médecine parallèle ceux reconnus comme tels par santé-suisse et la GALENOS. La liste y relative peut être demandée auprès de la GALENOS.
- 2 Avec accord préalable de la GALENOS, et pour des séjours prescrits médicalement dans des établissements hospitaliers avec médecine parallèle, la GALENOS paie les frais de séjour et la totalité des frais de traitement selon la médecine classique et d'après la division choisie et indiquée à l'art. 3 de ces conditions spécifiques.
- 3 Pour les traitements stationnaires effectués avec des méthodes de médecine alternative, 50% des frais facturés sont pris en charge. La revendication s'élève, par année civile à :

maximum

HOPITAL Flex CHF 1000.-

III. Dispositions générales

Pour faire valoir un droit aux prestations, les factures sont à remettre à la GALENOS dans les 30 jours après leur réception.