

# Conditions complémentaires (CC)

## HOPITAL I, I plus, II, III

### Assurance complémentaire

A noter:

- Les désignations de personnes s'appliquent dans le présent document de façon générale aux deux sexes. Il est fait usage du terme générique pour des raisons de lisibilité.

## I Domaine d'application

### 1. But

L'assurance complémentaire HOPITAL 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.

### 2. Etendue de l'assurance

L'assurance complémentaire HOPITAL est une assurance de sinistre.

L'étendue de l'assurance se base exclusivement sur les Conditions générales d'assurance des assurances complémentaires, les présentes Conditions complémentaires, la notice «Information client LCA» et la police.

### 3. Offre d'assurance

L'assuré peut choisir entre les possibilités d'assurance suivantes:

#### a) HOPITAL I

Division commune (chambre à plusieurs lits) de tous les établissements hospitaliers publics à tarifs reconnus se trouvant en Suisse;

#### b) HOPITAL I plus

Division commune (chambre à plusieurs lits) de tous les établissements hospitaliers publics et privés à tarifs reconnus se trouvant en Suisse;

#### c) HOPITAL II (produit fermé)

Division demi-privée (chambre à deux lits) de tous les établissements hospitaliers publics et privés à tarifs reconnus se trouvant en Suisse;

#### d) HOPITAL III (produit fermé)

Division privée (chambre à un lit) des établissements hospitaliers publics et privés dans le monde entier.

#### e) HOPITAL avec participation aux frais (produit fermé)

- Les assurés des catégories d'assurance HOPITAL II (division demi-privée) et HOPITAL III (division privée) ont la possibilité de choisir une quote-part.
- La quote-part s'élève à 10% des prestations totales relevant d'HOPITAL II ou d'HOPITAL III, mais au maximum CHF 15'000.– par année civile.
- Si l'assuré décide d'opter pour une quote-part d'HOPITAL II ou III, la prime de la catégorie d'assurance HOPITAL II ou III se réduit.
- Un passage de la catégorie d'assurance HOPITAL II ou III avec quote-part à la classe sans quote-part n'est possible qu'avec un préavis de 24 mois et seulement jusqu'à l'âge de 55 ans révolus. L'appartenance au groupe d'âge d'entrée est maintenue dans la même catégorie d'assurance.
- Le choix de cette variante d'assurance n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> juillet.

#### f) HOPITAL avec prestations forfaitaires limitées (produit fermé)

- Les assurés des catégories d'assurance HOPITAL II (division demi-privée) et HOPITAL III (division privée) ont la possibilité de choisir une variante d'assurance avec prestations forfaitaires limitées.
- La limitation forfaitaire des prestations de la Visana Assurances SA s'élève à CHF 25'000.– pour HOPITAL II et à CHF 50'000.– pour HOPITAL III en l'espace de 360 jours.
- Si l'assuré décide d'opter pour des prestations forfaitaires limitées d'HOPITAL II ou III, la prime de la catégorie d'assurance HOPITAL II ou III se réduit.
- Un passage au sein de la même catégorie d'assurance HOPITAL II ou III avec prestations forfaitaires limitées à la variante illimitée ou à la variante avec 10% de quote-part n'est possible qu'avec un préavis de 24 mois et seulement jusqu'à l'âge de 55 ans révolus. L'appartenance au groupe d'âge d'entrée est maintenue dans la même catégorie d'assurance.
- Le choix de cette variante d'assurance n'est possible qu'au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> juillet.

#### g) HOPITAL II et III avec primes selon l'âge effectif (produit fermé)

- Pour les personnes, optant jusqu'à l'âge de 60 ans révolus pour la catégorie d'assurance HOPITAL II ou III illimité avec primes selon l'âge effectif et qui sont admises par la Visana Assurances SA, la prime est fixée d'après l'âge effectif au moment de la conclusion de l'assurance. Par la suite, les assurés sont reclassés, à chaque fois au 1.1 d'une année civile, en fonction de leur âge actuel dans le prochain groupe d'âge supérieur.
- Un changement de la catégorie d'assurance HOPITAL II et III illimité avec primes selon l'âge effectif à la catégorie d'assurance HOPITAL II et III illimité avec

primes selon l'âge d'entrée est possible jusqu'à l'âge de 45 ans révolus. A l'âge de 35 ans révolus, la personne assurée sera dans tous les cas classée dans le groupe d'âge 36 (âge d'entrée 36 à 45).

3. Les assurés peuvent choisir une franchise de CHF 1'000.–, CHF 3'000.–, CHF 5'000.–, ou CHF 10'000.–. En cas de changement pour une franchise plus basse, les mêmes dispositions prévalent que pour une nouvelle admission (Art 3. CGA, en vigueur depuis le 01.01.2022).
4. Un changement n'est possible qu'à la fin d'un semestre moyennant un préavis de 3 mois.
5. Les prestations de la catégorie d'assurance HOPITAL II et III illimité avec primes selon l'âge effectif débutent, lors de grossesse, avec le 25e mois d'assurance.

## 4. Délimitation des divisions hospitalières

Si un établissement hospitalier ne possède aucune division ou se base sur d'autres critères pour la répartition des divisions hospitalières que celles nommées dans ces conditions spécifiques, seront adoptées les dispositions comme si la personne assurée se trouvait dans une division privée. Dans ce cas, l'art. 7 est appliqué.

## 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 nécessite un traitement stationnaire et
2. pour l'établissement hospitalier dans lequel l'assuré doit se trouver pour des raisons médicales.

## II Prestations

### 6. Séjour pour soins aigus dans un établissement hospitalier

Pour un séjour stationnaire aigu médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier, les frais de traitement ainsi que les coûts d'hébergement et de restauration sont pris en charge comme suit:

#### HOPITAL I

Pour le séjour en division commune (frais de séjour et de traitement de l'établissement hospitalier selon le contrat ou tarif fixé par le gouvernement ainsi que les frais de traitement des médecins, pour autant qu'ils puissent être facturés séparément, conformément au tarif applicable et sans supplément);

#### HOPITAL II

Pour un séjour en division mi-privée (frais de séjour et de traitement dans un établissement hospitalier selon le contrat ainsi que les frais de traitement des médecins selon le tarif applicable);

#### HOPITAL III

Pour un séjour en division privée (frais de séjour et frais de traitement des médecins selon le tarif privé)

## 7. Sous-assurance

1. Lors d'un séjour dans une division d'hôpital supérieure à celle assurée, la prise en charge des frais, après déduction des prestations résultant de l'assurance obligatoire

des soins (LAMal) et en dépit des différences effectives, s'effectue comme suit:

assuré pour	séjour en	prestations de la caisse
HOPITAL I	division demi-privée	30%
HOPITAL I	division privée	10%
HOPITAL II	division privée	70%

2. Lors d'une naissance dans une division privée ou demiprivée d'un établissement hospitalier, la Visana Assurances SA couvre les frais non couverts, pour le nouveau-né en bonne santé et qui est assuré auprès de la Visana Assurances SA dès sa naissance, par le biais de l'assurance complémentaire HOPITAL de la mère.

## 8. Durée des prestations

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

## 9. Etablissements psychiatriques

1. Lors d'un séjour stationnaire médicalement nécessaire dans un établissement psychiatrique, les art. 6 et 7 de ces conditions spécifiques 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.

## 10. 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 maladies 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 incluse):

	maximum
HOPITAL I	CHF 20.–
HOPITAL II	CHF 35.–
HOPITAL III	CHF 50.–

## 11. Cures

1. L'ordonnance médicale pour les cures balnéaires et de convalescence est à adresser à la Visana Assurances SA 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 Visana Assurances SA, la contribution forfaitaire journalière suivante est octroyée:

	maximum
HOPITAL I	CHF 30.–
HOPITAL II	CHF 50.–
HOPITAL III	CHF 70.–

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 21 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:
1. pour des cures balnéaires d'une durée inférieure à 14 jours;
  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;
  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 maximum	Etablissement de cure sous contrôle médical maximum
HOPITAL I	CHF 30.–	CHF 40.–
HOPITAL II	CHF 50.–	CHF 70.–
HOPITAL III	CHF 70.–	CHF 100.–

7. La cure doit avoir lieu dans des maisons de convalescence ou établissements de cure en Suisse, reconnus par la Visana Assurances SA. La liste y relative peut être consultée ou demandée auprès de la Visana Assurances SA.
8. Les prestations pour cures de convalescence sont accordées pour maximum 28 jours par année civile.

## 12. 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 I	CHF 20.–
HOPITAL II	CHF 40.–
HOPITAL III	CHF 60.–

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.

## 13. 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 I	CHF 500.– par jour
HOPITAL II	CHF 1'000.– par jour
HOPITAL III	somme illimitée

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 Visana Assurances SA 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. Les restrictions selon l'art. 3f s'appliquent pour les assurés disposant de l'assurance HOPITAL II ou III avec prestations forfaitaires limitées.

## 14. Traitements dans des établissements hospitaliers avec médecine parallèle

1. Sont considérés comme établissements hospitaliers avec médecine parallèle ceux reconnus comme tels par santésuisse et la Visana Assurances SA. La liste y relative peut être consultée ou demandée auprès de la Visana Assurances SA.
2. Avec accord préalable de la Visana Assurances SA, et pour des séjours prescrits médicalement dans des établissements hospitaliers avec médecine parallèle, la Visana Assurances SA 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.

- 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 I	CHF 1'000.–
HOPITAL II	CHF 1'500.–
HOPITAL III	CHF 2'000.–

## III Dispositions générales

### 15. Bonus pour HOPITAL II division demi-privée ou HOPITAL III division privée avec primes selon l'âge effectif

- Lors de l'admission dans l'une de ces assurances complémentaires, nous accordons à la personne assurée, et ce depuis le début de l'assurance, un bonus maximum de 20% sur la prime de base du tarif des primes en vigueur à ce moment-là.
- Si une prestation devait être versée par la Visana Assurances SA pour l'une de ces catégories d'assurance, le bonus serait supprimé dès le mois de prime qui suit le paiement de la prestation par la Visana Assurances SA; la prime de base serait également à nouveau facturée.
- Par la suite, le bonus sera à nouveau appliqué comme suit:

Année du dommage et 1er année suivante	pas de bonus
2e année suivante sans prestations	5% de bonus
3e année suivante sans prestations	10% de bonus
4e année suivante sans prestations	15% de bonus
5e année suivante et plus sans prestations	20% de bonus

Par année suivante s'entend toujours l'année civile du 01.01 jusqu'au 31.12.

- Lors d'une naissance, il ne sera procédé à aucune rétrogradation du bonus. Conformément à l'art. 3g, alinéa 5, les prestations de la catégorie d'assurance HOPITAL II et III illimité avec primes selon l'âge effectif débutent, lors de grossesse, avec le 25e mois d'assurance.
- Pour faire valoir un droit aux prestations, les factures sont à remettre à la Visana Assurances SA dans les 30 jours après leur réception. Pour les factures transmises plus tardivement, une correction du montant de la prime s'effectuera ultérieurement. Les réductions de primes accordées à tort aux assurés seront comptabilisées respectivement réclamées avec la prochaine facture de prime.

### 16. Rabais de famille

À partir de trois personnes vivant dans le même ménage, un rabais familial de 5% est accordé sur Hopital II et Hopital III.

Pour cela, le fait que ces trois personnes soient des enfants,

des jeunes adultes ou des adultes n'a pas d'importance. La condition requise est que toutes les personnes soient enregistrées sous le même numéro de famille auprès de Visana Assurances SA.

Le rabais de famille est supprimé au 1er du mois suivant pour toutes les personnes assurées, dès que moins de trois personnes vivant dans le même ménage disposent de la couverture Hopital II ou III.

Lorsqu'un rabais familial de 5% ne peut plus être justifié pour le produit, du point de vue actuariel, Visana Assurances SA est autorisée à réduire ou à supprimer le rabais pour la fin de l'année civile. Visana Assurances SA communique les réductions ou les suppressions de rabais au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur. Les personnes assurées ont alors le droit de résilier la couverture d'assurance concernée par la réduction ou la suppression du rabais, pour la fin de l'année calendaire en cours. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Visana Assurances SA au plus tard le dernier jour de travail de l'année civile. En ne résiliant pas votre contrat, vous acceptez tacitement la modification.

### 17. Quels sont les groupes d'âge?

- Pour les tarifs selon l'âge réel, les groupes d'âge sont les suivants:
  - 0 – 18
  - 19 – 25
  - 26 – 30
  - À partir de 31 ans, les tarifs sont structurés en groupes de cinq ans (31 - 35, 36-40, etc.).
  - Le dernier groupe d'âge est atteint à 71 ans.
- Pour les adultes dans les départements selon l'âge d'affiliation, les groupes d'âge sont les suivants:
  - 26 - 35
  - 36 – 45
  - Le dernier groupe d'âge est atteint à 46 ans.
- Le changement de groupe d'âge (uniquement pour le tarif d'âge réel) se fait au 1er janvier de l'année au cours de laquelle vous atteignez l'âge correspondant à la nouvelle limite de groupe d'âge. Visana vous communique la nouvelle prime par écrit, au plus tard 25 jours avant son entrée en vigueur. Vous avez ensuite la possibilité de résilier l'assurance concernée jusqu'au dernier jour avant l'entrée en vigueur de la nouvelle prime. En ne procédant pas à une telle résiliation, vous acceptez tacitement la prime.