

**Conditions supplémentaires d'assurance (CSA)
de l'assurance d'hospitalisation CLINICA
selon la LCA**

Edition 01.10

Sommaire

: :I. Généralités	3
Art. 1. Bases juridiques	3
Art. 2. But	3
Art. 3. Offre d'assurance	3
Art. 4. Conclusion d'assurance prénatale	3
: :II. Prestations d'assurance	3
Art. 5. Etendue des prestations	3
Art. 6. Durée de prestation	4
Art. 7. Prestations en cas de sous-assurance	4
Art. 8. Exclusions de prestations	4
Art. 9. Transports de malades	4
Art. 10. Aide-ménagère et soins à domicile	4
Art. 11. Rooming-in	4
Art. 12. Interventions ambulatoires	5
Art. 13. Prestations à l'étranger	5
Art. 14. Système de bonus pour assurances demi-privées ou privées	5
: :III. Variantes d'assurances	6
Art. 15. Participation aux frais à option	6
Art. 16. Hôpital avec tarif reconnu	6
Art. 17. Extension du choix de l'hôpital	6
: :IV. Dispositions finales	6
Art. 18. Garantie de prise en charge	6
Art. 19. Procédure de décompte	6
Art. 20. Dispositions générales	6

ProVAG Assurances SA, en tant qu'entité juridique des assurances selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) est appelée ci-après ProVAG. PROVITA Gesundheitsversicherung est autorisée à effectuer toute transaction au nom et pour le compte de ProVAG Assurances SA. Dans le but d'une simplification linguistique, les désignations de personnes s'appliquent aux deux sexes. En cas de contestation, seul le texte original en langue allemande du présent document fait foi.

I. Généralités

::Art. 1. Bases juridiques

1. Sur la base de ses Conditions générales d'assurance (CGA) et dans le cadre de la loi sur le contrat d'assurance (LCA), ProVAG propose une assurance complémentaire de prestations hospitalières.
2. Les Conditions particulières d'assurance (CPA) en rapport s'appliquent en outre aux assurés ayant conclu une forme spéciale de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 62 de la LAMal (p. ex. modèle HMO, modèle du médecin de famille).

::Art. 2. But

L'assurance d'hospitalisation CLINICA prend en charge la couverture des frais supplémentaires non couverts par l'assurance obligatoire des soins en cas de séjour hospitalier ordonné par le médecin (hôpital, clinique psychiatrique, cliniques de réadaptation et pour rhumatisants) ainsi que les autres prestations fixées dans les présentes Conditions supplémentaires d'assurance.

::Art. 3. Offre d'assurance

Les possibilités d'assurance suivantes sont proposées en cas de séjour hospitalier:

- CLINICA division commune
Division commune (chambre à plusieurs lits) dans un hôpital public ou privé de Suisse, pratiquant les tarifs reconnus par la ProVAG (voir art. 16);
- CLINICA hotela
Division commune (chambre à deux lits) dans un établissement hospitalier public ou privé de Suisse, pratiquant les tarifs reconnus par ProVAG (voir art. 16);
- CLINICA demi-privé selon la liste des hôpitaux de PROVITA Division demi-privée (chambres à deux lits) dans un établissement hospitalier public ou privé selon la liste des hôpitaux de PROVITA. La liste des hôpitaux peut être consultée auprès de PROVITA;
- CLINICA demi-privée
Division demi-privée (chambre à deux lits) dans un établissement hospitalier public ou privé de Suisse, pratiquant les tarifs reconnus par ProVAG (voir art. 16);
- CLINICA privée
Division privée (chambre à un lit) dans un hôpital public ou privé de Suisse, pratiquant les tarifs reconnus par ProVAG (voir art. 16).

::Art. 4. Conclusion d'assurance prénatale

Si la proposition d'assurance est déposée avant la naissance, l'enfant est admis sans réserve dans la CLINICA générale. La conclusion d'assurance prénatale n'est pas possible pour la CLINICA demi-privée et CLINICA privée.

II. Prestations d'assurance

::Art. 5. Etendue des prestations

1. Les prestations de la catégorie d'assurance CLINICA sont octroyées en complément à l'assurance obligatoire des soins ou à une assurance-accidents et postérieurement à d'éventuelles prestations de tiers. Dans tous les cas cependant, seuls les coûts effectifs prouvés sont pris en charge.
2. Au cas où le canton de domicile rejette, à l'encontre de l'art. 41, al. 3 de la LAMal, la prise en charge des coûts supplémentaires d'une hospitalisation médicalement justifiée hors du canton, ProVAG décompte les prestations comme si le canton prenait en charge les coûts supplémentaires hors du canton dans le cadre d'un séjour dans la division commune.
3. Les prestations de la catégorie d'assurance CLINICA ne sont octroyées pour les traitements thérapeutiques scientifiquement reconnus dans le cadre d'une hospitalisation que si l'état de l'assuré nécessite un traitement stationnaire et doit être hospitalisé pour des raisons médicales dans l'hôpital ou la catégorie d'hôpital choisis.
4. Les prestations sont prises en charge à la condition que l'hôpital ou la catégorie d'hôpital choisis soient mentionnés dans la liste cantonale des hôpitaux et de planification hospitalière conformément à l'art. 39 de la LAMal.
5. Pour les hôpitaux sans tarifs reconnus, les tarifs maximums de ProVAG s'appliquent. Sont considérés comme tarifs maximums, les tarifs conventionnels de l'hôpital le plus proche du lieu de domicile qui peut exécuter le même traitement.
6. Lorsqu'un hôpital n'applique pas de critères ou d'autres critères d'admission dans les catégories que celles mentionnées ci-dessus ou lorsque les tarifs ne sont pas reconnus par ProVAG, ceux-ci sont considérés comme tarifs de division privée. ProVAG peut fixer des tarifs maximums qui servent de critères pour l'hospitalisation dans les catégories assurées.

::Art. 6. Durée de prestation

1. En cas de traitement stationnaire dans un hôpital pour maladies aiguës, les prestations assurées sont octroyées sans limitation de durée, pour autant que la nécessité d'hospitalisation pour maladie aiguë existe.
2. En cas de séjour dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont octroyées au maximum durant 30 jours dans l'intervalle d'une année civile, pour autant que le séjour en établissement hospitalier psychiatrique s'impose compte tenu du diagnostic et de l'ensemble du traitement médical et qu'aucune affection chronique ne soit présente.
3. En cas de séjour dans une clinique de réadaptation, les prestations sont octroyées selon la catégorie d'assurance choisie, pendant 30 jours au maximum par séjour.

::Art. 7. Prestations en cas de sous-assurance

1. Si l'assuré séjourne dans une division d'hôpital supérieure à la division d'assurance conclue, les frais non couverts par les assurances conclues sont pris en charge conformément à l'art. 6, al. 1, de la façon suivante:
 - catégorie d'assurance CLINICA division commune / hotela;
 - en cas de séjour en division privée, sont remboursées 20 pour-cent des prestations CLINICA privée, et en cas de séjour dans la division demi-privée, 40 pour-cent des prestations de la CLINICA demi-privée.En cas de séjour dans la division privée, 75 pour-cent des prestations de CLINICA privée sont remboursées.
2. En cas de naissance dans la division demi-privée ou privée d'un établissement hospitalier, les frais non couverts sont pris en charge, pour le nouveau-né en bonne santé assuré dès la naissance chez ProVAG, au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation de la mère pendant la durée de l'hospitalisation de la mère, toutefois au plus durant deux semaines. Lorsque la mère a conclu uniquement l'assurance de base auprès de PROVITA ou si seul l'enfant est assuré auprès de PROVITA, les coûts de l'enfant sont assumés par l'assurance complémentaire de l'enfant.

::Art. 8. Exclusions de prestations

En complément aux motifs d'exclusion selon l'art. 32 CGA, l'assurance d'hospitalisation CLINICA n'octroie aucune prestation, pour:

- les traitements ambulatoires, à l'exception de l'art. 12;
- les frais personnels (téléphone, ports, TV, etc.);
- le traitement et les soins de maladies chroniques et maladies dues à un âge avancé;
- les séjours en homes médicalisés, maisons de retraite et établissements médico-sociaux ainsi qu'établissements hospitaliers pour cures de désintoxication;
- le traitement et séjour en cas de transplantations d'or-

ganes pour lesquelles la Fédération suisse des tâches communes des assureurs-maladie (SVK) a accordé des forfaits. Ceci vaut également pour les cliniques n'ayant pas signé de forfaits.

::Art. 9. Transports de malades

En complément à l'assurance obligatoire des soins, les frais de transports médicalement nécessaires en cas de maladie, d'accident, de sauvetage, de transfert jusqu'à l'établissement hospitalier adapté et le plus proche, sont pris en charge par année civile, de la façon suivante:

- CLINICA division commune/hotela CHF 1 000
- CLINICA demi-privée CHF 10 000
- CLINICA privée CHF 20 000

::Art. 10. Aide-ménagère et soins à domicile

1. Si un assuré, sur la base d'une ordonnance médicale, en cas d'incapacité de travail complète, nécessite une aide ménagère/des soins à domicile en raison de son état de santé et de ses conditions familiales et qu'un séjour dans un hôpital, un établissement de cures ou un home peut ainsi être évité, les contributions suivantes sont accordées pour les frais prouvés et autres frais non couverts:
 - CLINICA division commune / hotela CHF 30
 - CLINICA demi-privée CHF 50
 - CLINICA privée CHF 70
2. Est considérée comme aide-ménagère, toute personne qui s'occupe professionnellement du ménage, à son compte ou pour le compte d'un organisme, à la place de l'assuré. Peut également être reconnue comme aide-ménagère, toute personne qui s'occupe du ménage en remplacement de l'assuré et qui subit de ce fait une perte de gain prouvée dans son activité professionnelle.
3. Les prestations journalières sont accordées pour 60 jours par année civile au maximum. Les prestations journalières non intégralement allouées ne peuvent être reportées sur d'autres jours.

::Art. 11. Rooming-in

1. Si un enfant en bas âge (jusqu'à 6 ans révolus) doit suivre un traitement stationnaire, l'assurance CLINICA conclue pour l'enfant prend en charge le 50% des frais de séjour pour l'un des parents, dans la même chambre que l'enfant.
2. Si la mère, ou père élevant seul son enfant doit suivre un traitement stationnaire, l'assurance CLINICA de la mère ou du père élevant seul son enfant prend en charge le 50% des frais de séjour du petit enfant (jusqu'à 6 ans révolus) dans la même chambre que la mère ou le père.

::Art. 12. Interventions ambulatoires

1. Si une intervention ambulatoire moins coûteuse permet d'abrégéer ou d'éviter un traitement stationnaire aigu et qu'un contrat existe entre l'institution qui effectue l'intervention ambulatoire et l'assureur, les coûts de l'intervention sont pris en charge selon les taux contractuels de l'assurance d'hospitalisation CLINICA.
2. La participation aux frais de l'assurance obligatoire des soins n'est pas prise en charge.

::Art. 13. Prestations à l'étranger

1. Si, lors d'un séjour de courte durée à l'étranger, une hospitalisation ordonnée médicalement est nécessaire à la suite d'une maladie ou d'un accident, la catégorie d'assurance CLINICA octroie les prestations maximales suivantes pour les frais non couverts par l'assurance de base durant 30 jours au maximum dans l'intervalle d'une année civile:
 - CLINICA div. commune CHF 500 par jour
 - CLINICA demi-privée CHF 1000 par jour
 - CLINICA privée CHF 1500 par jour
2. Ces prestations ne sont accordées que jusqu'au moment où un rapatriement ou un transfert dans un établissement hospitalier en Suisse peut être raisonnablement envisagé du point de vue médical.
3. Aucune prestation n'est accordée pour des transferts et hospitalisations dans un Etat tiers.
4. Si un assuré se rend à l'étranger pour un traitement, des soins ou un accouchement, aucune prestation n'est accordée.

::Art. 14. Système de bonus pour assurances demi-privées ou privées

1. Les assurés qui ne revendiquent pas de prestations stationnaires (séjour en clinique de deux jours et plus) de leur assurance demi-privée ou privée, bénéficient d'un rabais sous forme d'une réduction de primes, comme suit:

<i>Période entière d'observation sans prestations</i>	<i>Bonus en % de la prime de départ</i>	<i>Echelon de bonus de prime</i>
Après une	5%	1
Après deux	10%	2
Après trois	15%	3

2. Les prestations suivantes ne sont pas considérées comme prestations stationnaires:
 - transports de malades
 - interventions ambulatoires
 - aide-ménagère
 - rooming-in
 - toute prestation en cas de maternité
3. Est considérée comme période d'observation, la période entre le 1^{er} juillet et le 30 juin de l'année civile suivante. Si aucun traitement n'a eu lieu pendant cette période, le bonus de prime correspondant est appliqué à partir du 1^{er} janvier suivant.
4. Si l'assuré bénéficie d'une prestation de l'assurance demi-privée ou privée pendant une période d'observation, à partir du 1^{er} janvier suivant, le montant de la prime sera augmenté et correspondant à celui de la prime de départ.
5. Toute demande de remboursement doit être présentée à ProVAG accompagnée des factures, dans un délai maximal de 30 jours à partir de la date de leur réception. En cas de remise tardive, une correction rétroactive du degré de réduction de prime sera appliquée. Les réductions de prime accordées à tort à l'assuré seront facturées avec la prochaine facture de prime de ProVAG, respectivement demandées en restitution.

III. Variantes d'assurances

: Art. 15. Participation aux frais à option

1. Avec la catégorie d'assurance CLINICA (à l'exception de CLINICA division commune et hotela), les assurés peuvent convenir facultativement, pour le début d'une année civile, d'une participation aux frais journalière en cas de traitement stationnaire contre une réduction de prime correspondante. La participation aux frais est également exigée pour les prestations en cas de maternité. Sont proposés:

<i>Participation par jour</i>	<i>Participation max. par année civile</i>	<i>Réduction de prime</i>
CHF 100	CHF 1 000	15%
CHF 200	CHF 2 000	20%
CHF 300	CHF 3 000	25%
CHF 500	CHF 5 000	35%

2. Aucune participation aux frais ne sera perçue si un assuré ayant conclu la catégorie d'assurance CLINICA avec participation fixe par jour, est hospitalisé dans une division d'hôpital inférieure à celle de sa couverture d'assurance effective (p. ex. couverture d'assurance privée, mais traitement effectué en division demi-privée).
3. Le changement en une participation inférieure ou la résiliation de la participation est possible compte tenu d'un délai de préavis de trois mois pour le début d'une année civile.
4. L'augmentation de la participation aux frais est possible, indépendamment de l'âge et de l'état de santé, pour le début d'une année civile.

: Art. 16. Hôpital avec tarif reconnu

1. Sont considérés comme hôpital avec tarif reconnu, les hôpitaux qui ont conclu des tarifs avec ProVAG ou qui, à défaut de contrat, se tiennent à des tarifs reconnus par ProVAG.
2. ProVAG dispose d'une liste des hôpitaux dont les tarifs demi-privés sont reconnus. Cette liste est adaptée en permanence et peut être consultée auprès de ProVAG ou un extrait peut en être demandé.

: Art. 17. Extension du choix de l'hôpital

Moyennant un supplément de prime sur la prime de base, il est possible, avec CLINICA demi-privée ou privée, de conclure une variante d'assurance qui octroie la garantie des coûts complets également dans le cas des hôpitaux qui n'ont pas conclu de contrat tarifaire fixe avec ProVAG.

IV. Dispositions finales

: Art. 18. Garantie de prise en charge

1. En cas d'hospitalisation en Suisse, ProVAG accorde une garantie de prise en charge des frais pour la division commune au moins; en cas de séjour en division semi-privée ou privée, ProVAG accorde une garantie de prise en charge adéquate.
2. En cas de séjour dans un établissement hospitalier avec lequel ProVAG n'a conclu aucun contrat, ProVAG n'accorde pas de garantie de prise en charge des frais. ProVAG effectue le décompte des éventuelles prestations directement avec l'assuré.
3. En cas d'hospitalisation à l'étranger, aucune garantie de prise en charge des frais n'est établie. ProVAG effectue le décompte des éventuelles prestations directement avec l'assuré.

: Art. 19. Procédure de décompte

1. L'assuré est en principe tenu de payer ses factures, pour autant que ProVAG n'ait accordé aucune garantie de prise en charge des frais. En l'absence d'indications de tarifs et de traitements, ProVAG se réserve le droit de tarification en appliquant ses tarifs maximums.
2. Pour la demande de remboursement, l'assuré doit présenter à ProVAG la facture originale détaillée, au plus tard dans les 24 mois suivant la date de l'événement assuré.
3. La participation aux frais de ProVAG est calculée sur la base des ordonnances médicales. En l'absence d'indications de tarifs ou de traitements, ProVAG se réserve le droit de tarification selon les tarifs courants dans l'endroit concerné.
4. ProVAG effectue les remboursements uniquement à l'assuré ou à son représentant légal.
5. Le cas échéant, ProVAG peut exiger de l'assuré de faire traduire les factures provenant de l'étranger dans l'une des trois langues nationales. S'il existe un doute quant à l'exactitude de la traduction, ProVAG peut, après préavis au preneur d'assurance, faire exécuter la traduction aux frais du preneur d'assurance.

: Art. 20. Dispositions générales

Les Conditions générales d'assurance (CGA) de ProVAG s'appliquent pour toutes les dispositions non réglées en particulier dans les présentes Conditions supplémentaires d'assurance (CSA).



Mix
Produktgruppe aus vorwiegend
bewirtschafteten Wäldern und
anderen kontrollierten Herkünften
Zert.-Nr. MO-COC-028052
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council



klimanneutral
www.climatepartner.ch
gedruckt im Appenzeller Medienhaus

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4
Postfach
8401 Winterthur

Tél. 052 260 02 02
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch
www.provita.ch

