

ASSURANCE D'HOSPITALISATION CLINICA

CONDITIONS SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE SELON LA LCA.

Édition 2023, valable à partir du 01.01.2023

SOMMAIRE.

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

CONDITIONS SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE SELON LA LCA.

I. GÉNÉRALITÉS

ART. 1 BASES JURIDIQUES

1. Sur la base de ses Conditions générales d'assurance (CGA), SWICA propose une assurance complémentaire de prestations hospitalières régie par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).
2. Pour les assurés ayant conclu une forme spéciale de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 62 LAMal, les Conditions particulières d'assurance y relatives sont également applicables.

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 un 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'ASSURANCES

Les possibilités d'assurances 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 SWICA (cf. art. 16);
- › CLINICA hotela
Division commune (chambre à deux lits) dans un établissement hospitalier public ou privé de Suisse pratiquant les tarifs reconnus par SWICA (cf. art. 16);
- › CLINICA demi-privée 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 SWICA/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 SWICA (cf. art. 16);
- › CLINICA privée
Division privée (chambre à un lit) dans un hôpital public ou privé de Suisse pratiquant les tarifs reconnus par SWICA (cf. 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 le modèle CLINICA division commune. La conclusion d'une assurance prénatale n'est pas admise pour les modèles CLINICA demi-privée et CLINICA privée.

II. PRESTATIONS D'ASSURANCE

ART. 5 ÉTENDUE DES PRESTATIONS

1. Les prestations fondées sur le modèle d'assurance CLINICA sont accordées complémentaires à l'assurance obligatoire des soins ou à une assurance-accidents et après d'éventuelles prestations de tiers. Cependant, dans tous les cas, seuls les coûts effectifs établis sont pris en charge.
2. Les prestations du modèle d'assurance CLINICA sont accordées pour des traitements thérapeutiques scientifiquement reconnus dispensés uniquement dans le cadre d'un séjour hospitalier. La condition est également posée que l'état de l'assuré requiert un traitement en milieu stationnaire et que, pour des raisons médicales, celui-ci ait lieu au sein de l'établissement ou de la division hospitalière choisie.
3. Les prestations sont prises en charge à condition que l'hôpital ou la division hospitalière choisie figure dans la liste cantonale des hôpitaux et de la planification hospitalière selon l'art. 39 LAMal.
4. Pour les hôpitaux sans tarifs reconnus, les tarifs maximums de SWICA s'appliquent. Sont réputés être les tarifs maximums les tarifs conventionnels appliqués par l'hôpital à même d'exécuter un traitement semblable et situé le plus proche du lieu de domicile de l'assuré.
5. Lorsqu'un hôpital ne connaît aucun critère d'admission ou applique d'autres critères d'admission au sein des divisions mentionnées ci-dessus ou si ses tarifs ne sont pas reconnus par SWICA, ces derniers sont considérés comme des tarifs de division privée. SWICA peut fixer des tarifs maximums qui servent de critères pour l'hospitalisation dans les divisions assurées.

ART. 6 DURÉE DES PRESTATIONS

1. En cas de traitement dans un hôpital de soins aigus, les prestations assurées sont accordées sans limitation de durée, pour autant qu'une hospitalisation dans un établissement de ce type soit nécessaire.
2. En cas de séjour dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont accordées pendant une durée maximum de 30 jours par année civile, pour autant que le séjour en établissement hospitalier psychiatrique s'impose au vu du diagnostic et du traitement médical considéré globalement et qu'une affection chronique ne soit pas constatée.
3. En cas d'hospitalisation dans une clinique de réadaptation, les prestations sont accordées conformément à la division hospitalière assurée pour une durée maximum de 30 jours par séjour.

ART. 7 PRESTATIONS EN CAS DE SOUS-ASSURANCE

1. Si l'assuré séjourne dans une division hospitalière supérieure à celle assurée, les frais non couverts par les assurances existantes sont pris en charge comme suit conformément à l'art. 6, al. 1:
 - ▶ Modèle d'assurance CLINICA division commune/hotela:
en cas de séjour en division privée, 20% des prestations CLINICA privée sont remboursées, tandis que 40% des prestations de CLINICA demi-privée sont remboursés en cas de séjour en division demi-privée.
 - ▶ Modèle d'assurance CLINICA demi-privée:
en cas de séjour en division privée, 75% des prestations de CLINICA privée sont remboursées.
2. En cas d'accouchement dans la division demi-privée ou privée d'un établissement hospitalier, SWICA rembourse les frais non couverts pour l'enfant né en bonne santé, au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation de la mère. Cette couverture est garantie dès la naissance tout au long de la durée de l'hospitalisation de la mère, mais au maximum durant deux semaines. Lorsque la mère a conclu uniquement l'assurance de base obligatoire auprès de SWICA/PROVITA ou si seul l'enfant est assuré auprès de SWICA/PROVITA, les frais liés à ce dernier sont pris en charge par l'assurance complémentaire de l'enfant.

ART. 8 EXCLUSION DE PRESTATIONS

Au-delà des motifs d'exclusion prévus par l'art. 32 CGA, l'assurance d'hospitalisation CLINICA n'accorde 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 l'âge;
- ▶ les séjours dans des établissements médico-sociaux ou maisons de retraite ainsi que dans des établissements de cures de désintoxication;
- ▶ le traitement et le séjour en cas de transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) a convenu des forfaits. Cela vaut également pour les cliniques n'ayant pas convenu de forfaits.

ART. 9 TRANSPORTS DE MALADES

Complémentaire aux prestations de l'assurance obligatoire des soins, les frais de transports répondant à une nécessité médicale en cas de maladie, d'accident, de dégagement, de sauvetage ou de transfert jusqu'à l'établissement hospitalier adéquat le plus proche en vue d'un séjour hospitalier sont pris en charge comme suit par année civile:

- › 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. Lorsqu'un assuré se trouvant dans une incapacité complète de travailler est reconnu par ordonnance médicale avoir besoin d'une aide-ménagère/de soins à domicile en raison de son état de santé et de sa situation familiale, et que cette mesure permet d'écourter ou d'éviter un séjour dans un hôpital, un établissement de cures ou un home, les contributions par jour suivantes sont allouées pour les frais dûment établis et non couverts par des tiers:
 - › CLINICA division commune/hotela CHF 30.–
 - › CLINICA demi-privée CHF 50.–
 - › CLINICA privée CHF 70.–
2. Est considérée comme aide-ménagère, toute personne s'occupant professionnellement de tâches ménagères en lieu et place de l'assuré, cela à son propre compte ou pour celui d'une organisation. Peut également être reconnue comme aide-ménagère toute personne s'occupant de tâches ménagères en lieu et place de l'assuré et qui subit de ce fait une perte de gain prouvée dans sa propre activité professionnelle.
3. Les prestations journalières sont accordées pour 60 jours par année civile au maximum. Ces qui ne sont pas intégralement utilisées ne peuvent pas être reportées sur d'autres jours.

ART. 11 ROOMING-IN

1. Si un enfant en bas âge (jusqu'à six ans révolus) doit suivre un traitement en milieu hospitalier, l'assurance CLINICA de l'enfant prend en charge 50% des frais engendrés par la présence de l'un des parents séjournant dans la même chambre que lui.
2. Si la mère ou le père élevant seul son enfant doit suivre un traitement hospitalier, l'assurance CLINICA de la mère ou du père élevant seul son enfant prend en charge 50% des frais engendrés par la présence de l'enfant (jusqu'à six ans révolus) séjournant dans la même chambre que sa mère ou son père.

ART. 12 INTERVENTIONS AMBULATOIRES

1. Si une intervention ambulatoire moins coûteuse permet d'abrèger ou d'éviter une hospitalisation dans un établissement de soins aigus, et qu'un contrat lie l'assureur et l'institution procédant à l'intervention concernée, les coûts de cette dernière sont pris en charge aux tarifs contractuels de l'assurance d'hospitalisation CLINICA.
2. La participation légale aux coûts de l'assurance obligatoire des soins n'est pas prise en charge.

ART. 13 PRESTATIONS À L'ÉTRANGER

1. Si, lors d'un séjour temporaire à l'étranger, une hospitalisation d'urgence est ordonnée médicalement en raison d'une maladie ou d'un accident, une participation à la couverture des frais non pris en charge par l'assurance de base a lieu pendant une durée maximale de 30 jours au cours d'une année civile. Il s'agit des prestations maximales par jour suivantes:
 - › CLINICA division commune, CHF 500.– par jour
 - › CLINICA demi-privée, CHF 1 000.– par jour
 - › CLINICA privée, CHF 1 500.– 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 pays tiers.
4. Aucune prestation n'est fournie à l'assuré qui se rend à l'étranger pour un traitement, des prestations de soin ou un accouchement.

ART. 14 SYSTÈME DE BONUS POUR ASSURANCES DEMI-PRIVÉES OU PRIVÉES

1. Les assurés au bénéfice d'une assurance demi-privée ou privée qui ne font valoir aucune prestation pour des séjours en milieu hospitalier (de deux jours et plus) profitent d'un bonus sous la forme d'un rabais de primes calculé comme suit:

Nombre de périodes complètes d'observation sans prestations	Bonus en % de la prime de départ	Degré de bonus de prime
Après une période	5%	1
Après deux périodes	10%	2
Après trois périodes	15%	3

2. Les prestations suivantes ne sont pas considérées comme des prestations de séjours hospitaliers:
 - › transports de malades
 - › interventions ambulatoires
 - › aide-ménagère
 - › rooming-in
 - › toutes les prestations en cas de maternité
3. Est réputée période d'observation, le laps de temps courant entre le 1^{er} juillet et le 30 juin de l'année civile suivante. Si aucun traitement n'a eu lieu au cours de cette période, le bonus de prime correspondant est appliqué à partir du 1^{er} janvier suivant.
4. Si l'assuré perçoit une prestation de l'assurance demi-privée ou privée au cours d'une période d'observation, le montant de sa prime augmentera pour rejoindre celui de sa prime de départ à compter du 1^{er} janvier suivant.
5. Toute demande de remboursement de prestations doit être présentée à SWICA, accompagnée des factures y relatives, dans un délai maximal de 30 jours à partir de la date de leur réception. En cas de transmission tardive, une correction rétroactive du degré de réduction de la prime sera appliquée. Les réductions de prime accordées à tort à l'assuré seront facturées avec le prochain décompte de prime de SWICA, respectivement feront l'objet d'une demande de restitution.

III. VARIANTES D'ASSURANCE

ART. 15 PARTICIPATION JOURNALIÈRE AUX FRAIS À OPTION

1. Contre une réduction de prime correspondante, les assurés au bénéfice d'un modèle d'assurance CLINICA (à l'exception de CLINICA division commune et hotela) peuvent convenir d'une participation journalière aux frais en cas de traitement hospitalier, cela à compter du début d'une année civile. Cette participation aux frais sera perçue également pour les prestations en cas de maternité. Sont proposés les montants de participation suivants:

Participation par jour	Participation max. par année civile	Réduction de prime
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 journalière aux frais ne sera perçue auprès de l'assuré ayant conclu une telle participation dans le cadre d'un modèle d'assurance CLINICA s'il est hospitalisé dans une division inférieure à celle de sa couverture d'assurance (p. ex. couverture d'assurance privée, mais traitement en division demi-privée).
3. Le retour à un niveau de participation journalière inférieur ou l'annulation de la participation est possible sous réserve du respect d'un délai de résiliation de trois mois pour le début d'une année civile.
4. L'augmentation de la participation aux frais est possible pour le début d'une année civile, quels que soient l'état de santé et l'âge de l'assuré.

ART. 16 HÔPITAL AVEC TARIF RECONNU

1. Sont considérés comme hôpitaux avec tarif reconnu les établissements hospitaliers hôpitaux ayant conclu des tarifs avec SWICA ou appliquant des tarifs reconnus par SWICA même sans contrat.
2. SWICA tient une liste des hôpitaux dont les tarifs demi-privés sont reconnus par elle. Adaptée en permanence, cette liste peut être consultée auprès de SWICA. Il est possible de lui en demander un extrait.

ART. 17 EXTENSION DU CHOIX DE L'HÔPITAL

Contre paiement d'un supplément de prime, les assurés au bénéfice d'une CLINICA demi-privée ou privée peuvent conclure une variante d'assurance leur garantissant la prise en charge totale des coûts également lors de séjours dans les hôpitaux avec lesquels SWICA n'a pas conclu d'accord tarifaire.

IV. DISPOSITIONS FINALES

ART. 18 GARANTIE DE PRISE EN CHARGE

1. En cas d'hospitalisation en Suisse, SWICA accorde à tout le moins une garantie de prise en charge des coûts en division commune. En cas de séjour en division semi-privée ou privée, SWICA assure une prise en charge des coûts adéquate.
2. En cas de séjour dans un établissement de soins avec lequel SWICA n'a conclu aucun contrat, cette dernière n'accorde pas de garantie de prise en charge des coûts. SWICA 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 coûts n'est émise. SWICA effectue le décompte des éventuelles prestations directement avec l'assuré.

ART. 19 PROCÉDURE DE DÉCOMPTE

1. Si SWICA n'a accordé aucune garantie de prise en charge des coûts, il appartient en principe à l'assuré de régler les factures. En l'absence de données concernant les tarifs et les traitements, SWICA se réserve de procéder elle-même à la tarification sur la base de ses tarifs maximums.
2. Pour toute demande de remboursement, l'assuré doit présenter à SWICA la facture originale détaillée, au plus tard dans les 24 mois suivant la date de l'événement assuré.
3. La participation aux coûts de SWICA est calculée sur la base de l'ordonnance du médecin. En l'absence de données concernant les tarifs et les traitements, SWICA se réserve de procéder elle-même à la tarification sur la base des tarifs ordinairement appliqués localement.
4. SWICA effectue les remboursements uniquement à l'assuré ou à son représentant légal.
5. Le cas échéant, SWICA peut exiger de l'assuré de faire traduire dans l'une des trois langues nationales les factures provenant de l'étranger. En cas de doute sur l'exactitude de la traduction, SWICA peut, après en avoir informé le preneur d'assurance, faire traduire les documents aux frais du preneur d'assurance.

ART. 20 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

À défaut de dispositions particulières prévues par les présentes Conditions supplémentaires d'assurance, les Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances régies par la LCA sont applicables.