

ASSURANCE D'HOSPITALISATION CLINICA PROFLEX

CONDITIONS SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE SELON LA LCA.

Édition 2023, valable à partir du 01.01.2023

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 (CPA) y relatives sont également applicables.

ART. 2 BUT

L'assurance d'hospitalisation CLINICA ProFlex prend en charge les coûts supplémentaires non couverts par l'assurance obligatoire des soins pour les frais de séjour et de traitement dans un établissement hospitalier suisse (hôpital, clinique psychiatrique, clinique de réadaptation) ayant été prescrits par un médecin. Pour toutes les prestations, le paiement n'est effectué qu'à la condition que les prestations fournies répondent à une nécessité médicale.

II. PRESTATIONS D'ASSURANCE

ART. 3 ÉTENDUE DES PRESTATIONS

1. En cas de séjour d'au moins 24 heures et de traitement dans un hôpital, les prestations comprennent, selon la division hospitalière choisie, les coûts qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal ou en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Cette prise en charge, qui a lieu dans les limites du barème tarifaire reconnu par SWICA pour l'hôpital concerné, porte sur les postes suivants:
 - › logement
 - › honoraires de médecins
 - › investigations médicales et mesures thérapeutiques scientifiquement reconnues
 - › soins dispensés dans l'hôpital
 - › médicaments, matériel, implants, salle d'opération et anesthésie
 - › moyens auxiliaires et objets prescrits par l'hôpital
2. Les prestations du modèle d'assurance CLINICA ProFlex 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 l'hôpital souhaité soit au bénéfice d'un mandat de prestations correspondant.
3. Les prestations sont prises en charge à condition que l'établissement hospitalier choisi figure dans la liste cantonale des hôpitaux et de la planification hospitalière selon l'art. 39 LAMal (hôpitaux avec mandat de prestations cantonal) ou ait conclu une convention tarifaire avec SWICA pour la division en question.

ART. 4 CHOIX DE LA DIVISION HOSPITALIÈRE ET PARTICIPATION AUX COÛTS

1. La personne assurée décide au plus tard au moment de son entrée à l'hôpital dans quelle division elle entend se rendre. La participation aux coûts dépend de la division hospitalière choisie (la franchise et/ou la participation aux coûts selon la LAMal restent en vigueur):

DIVISION CHOISIE	Participation aux coûts de l'assuré
DIVISION COMMUNE	CHF 0.–
DIVISION DEMI-PRIVÉE	35% des frais de séjour et de traitement, au maximum CHF 3 000.– par année civile
DIVISION PRIVÉE	50% des frais de séjour et de traitement, au maximum CHF 9 000.– par année civile

2. Lorsqu'au cours d'une année civile, les divisions demi-privée et privée sont choisies pour des séjours hospitaliers, le montant annuel le plus élevé de la participation aux coûts en division privée est retenu.

ART. 5 MATERNITÉ

1. Le libre choix de la division hospitalière est reconnu en cas de maladie et d'accident. En cas de maternité (grossesse, naissance, séjour post-partum), l'assurance prend en charge les coûts en division commune de l'hôpital choisi.
2. Sont inclus dans les prestations remboursées les frais de séjour ainsi que les coûts des premiers examens médicaux effectués sur le nouveau-né en bonne santé pendant le séjour hospitalier de la mère, cela pour autant que l'enfant soit assuré dès sa naissance auprès de SWICA. Ces prestations sont fournies pendant deux semaines au maximum.
3. Si la personne assurée choisit une division hospitalière supérieure pour son accouchement, elle doit prendre en charge la différence des frais par rapport à ceux couverts en division commune.

ART. 6 DURÉE DES PRESTATIONS

1. En cas de traitement dans un hôpital de soins aigus, les prestations 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 rhumatologie et de réadaptation, les prestations sont accordées conformément à la division hospitalière choisie, cela pour une durée maximum de 30 jours par séjour.

ART. 7 EXCLUSION DES PRESTATIONS

Au-delà des motifs d'exclusion prévus par l'art. 32 CGA, l'assurance d'hospitalisation CLINICA ProFlex n'accorde aucune prestation pour:

- ▶ 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. 8 PRESTATIONS À L'ÉTRANGER

1. Si, durant un séjour passager à l'étranger, une hospitalisation urgente prescrite par un médecin est nécessaire suite à une maladie ou à un accident, les frais non couverts par l'assurance de base sont payés à concurrence de 500 francs par jour au maximum. Ces prestations sont fournies pendant 30 jours au maximum.
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.

III. DISPOSITIONS FINALES

ART. 9 GARANTIE DE PRISE EN CHARGE

1. SWICA accorde une garantie de prise en charge pour les séjours dans les divisions commune, demi-privée et privée. Pour un séjour en division demi-privée ou privée, les prestations sont versées conformément à la procédure de remboursement usuelle.
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.

ART. 10 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. 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.
2. L'art. 21 al. 3 des Conditions générales d'assurance n'est pas applicable au produit d'assurance CLINICA ProFlex.