
s-care BASIC

Assurance complémentaire pour les traitements ambulatoires et stationnaires
en division générale dans tous les hôpitaux conventionnés de Suisse

Conditions complémentaires (CC) Sanitas Corporate Private Care

Edition de janvier 2005 (version 2013)

sanitas

But et bases légales

s-care BASIC couvre les frais conformément aux présentes conditions. Les frais sont remboursés à la suite des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et des autres assurances sociales au sens du chiffre 2 des conditions générales d'assurance (CGA).

Le risque accidents ne peut pas être exclu pour les prestations selon le chiffre 1 des présentes conditions. Pour les prestations selon le chiffre 2 des présentes conditions, le risque accidents peut être coassuré.

Les présentes conditions complémentaires se basent sur les CGA pour les assurances complémentaires selon la LCA, édition de janvier 2005.

1 Prestations ambulatoires

1.1 Traitements médicaux dans toute la Suisse

Les frais de traitements médicaux ambulatoires en dehors du lieu de domicile ou de travail sont assurés à hauteur du tarif reconnu, à condition que lesdits traitements soient effectués par des médecins reconnus selon la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et qui facturent conformément à la protection tarifaire selon l'art. 44 de la LAMal.

1.2 Traitements ambulatoires à l'étranger en cas d'urgence

90% des frais de traitement sont assurés pour les urgences à l'étranger. La protection d'assurance s'étend aux traitements ambulatoires dispensés par des médecins et aux traitements ambulatoires sur prescription médicale.

1.3 Médecine alternative

Sont assurés à 80%, jusqu'à CHF 5000.– maximum (prestations stationnaires: jusqu'à CHF 1000.– maximum) par année civile, les frais (examens, thérapies, médicaments déposés) des traitements effectués selon les méthodes thérapeutiques de la médecine complémentaire par des:

- médecins,
- pharmaciens ayant une formation supplémentaire correspondante,
- naturopathes autorisés à pratiquer par le canton,
- praticiens en thérapies naturelles NVS (membres à part entière) et FSPN.

Les prestations sont fournies dans l'étendue mentionnée, y compris chez d'autres thérapeutes ayant une formation correspondante, pour autant qu'elles aient été prescrites par un médecin.

1.4 Psychothérapie

Les frais d'une psychothérapie prescrite par un médecin et dispensée par des psychothérapeutes indépendants sont assurés à 80%, jusqu'à CHF 500.– maximum par année civile.

1.5 Médicaments

Les frais des médicaments non obligatoires prescrits par un médecin sont assurés dans le monde entier à 90%, pour autant que le médicament en question soit enregistré auprès de Swissmedic (Institut suisse des produits thérapeutiques) pour le traitement indiqué.

Sanitas tient une liste des médicaments qui ne sont pas pris en charge. Cette liste est régulièrement actualisée et peut être consultée chez Sanitas; un extrait de cette liste peut être également demandé.

Les médicaments de la médecine alternative assurés selon le chiffre 1.3 ne sont pas pris en charge par l'assurance.

1.6 Maternité

Les prestations de maternité suivantes sont couvertes à 80% par l'assurance de la mère, jusqu'à CHF 1000.– maximum par année civile:

- examens de contrôle durant la grossesse (y compris une échographie),
- gymnastique prénatale et postnatale et cours de préparation à l'accouchement,
- succédané de lait pour l'enfant jusqu'à deux ans révolus en cas de rejet du lait maternel, pour autant qu'il soit prescrit par un médecin et que cette assurance existe également pour l'enfant.

1.7 Prévention

Les mesures de prévention suivantes sont assurées à 80%, jusqu'à CHF 1000.– maximum par année civile:

- vaccinations,
- check-up, 80% jusqu'à CHF 500.– maximum par année civile (y compris un test HIV par année civile),
- examens gynécologiques préventifs (y compris une mammographie par année civile),
- ligatures (vasectomie/stérilisation),
- écoles du dos tenues par des physiothérapeutes diplômés, sur prescription médicale,
- désaccoutumance au tabac, sur prescription médicale.

1.8 Lunettes ou lentilles de contact

Les prestations énumérées ci-après sont assurées dans le monde entier pour des lunettes (y compris la monture) ou des lentilles de contact nécessaires à la correction visuelle:

- pour les adultes, jusqu'à CHF 300.– maximum tous les trois ans,

- pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus, CHF 200.– maximum par année civile.

1.9 Traitements dentaires

Les prestations suivantes sont assurées pour les traitements dentaires:

- 75% des frais pour les traitements d'orthopédie dento-faciale jusqu'à 20 ans révolus,
- CHF 100.– maximum par dent pour l'extraction de dents de sagesse,
- frais de médicaments prescrits par un dentiste.

1.10 Moyens auxiliaires thérapeutiques

Les frais de location ou d'achat de moyens auxiliaires thérapeutiques prescrits par un médecin (à l'exception des lunettes et des lentilles de contact) sont assurés à 80%, jusqu'à CHF 500.– maximum par année civile.

1.11 Interventions de chirurgie esthétique

Les frais des interventions de chirurgie esthétique suivantes sont assurés à 80%, pour autant qu'elles soient prescrites par un médecin:

- opérations des seins,
- corrections de cicatrices,
- corrections d'oreilles décollées.

Les traitements ambulatoires sont pris en charge selon le tarif LAMal.

Les traitements stationnaires sont pris en charge au maximum à hauteur du tarif de la division générale d'un hôpital pour cas aigus dans le canton de résidence avec un mandat de prestations cantonal au sens de l'art. 39 de la LAMal. Le canton dans lequel l'employeur a son siège est déterminant pour les frontaliers.

1.12 Personnes accompagnatrices en cas de séjour hospitalier

Les frais de séjour hospitalier suivants sont assurés à 80%, jusqu'à CHF 2000.– maximum par année civile:

- par l'assurance de l'enfant, les frais de séjour d'un des parents durant le séjour hospitalier stationnaire d'un enfant jusqu'à cinq ans révolus,
- par l'assurance de la mère, les frais de séjour d'un enfant à allaiter durant le séjour hospitalier stationnaire de la mère.

2 Prestations stationnaires

2.1 Définitions

Par hôpitaux pour cas aigus, on entend les établissements hospitaliers et les cliniques dirigés et surveillés par

des médecins, accueillant exclusivement des personnes accidentées ou souffrant d'une maladie aiguë. Dans ce sens, les cliniques d'obstétrique, les cliniques psychiatriques et les cliniques de rééducation sont aussi considérées comme des hôpitaux pour cas aigus.

Ne sont pas réputés hôpitaux pour cas aigus les établissements de cure, les homes pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux, les homes pour malades chroniques et les autres institutions non prévues pour le traitement de personnes souffrant d'une maladie aiguë.

Par hôpitaux conventionnés, on entend les hôpitaux pour cas aigus avec un mandat de prestations cantonal selon l'art. 39 de la LAMal ou les hôpitaux ayant conclu avec Sanitas une convention tarifaire pour la division correspondante. La liste des hôpitaux conventionnés peut être consultée chez Sanitas; un extrait peut également être demandé.

On parle de séjour hospitalier stationnaire si la durée du séjour est d'au moins 24 heures.

Un traitement aigu est un traitement laissant espérer une amélioration de l'état de santé.

2.2 Séjours hospitaliers en Suisse

Les frais de séjour, de soins et de traitement pour les traitements aigus stationnaires en division générale dans tous les hôpitaux conventionnés de Suisse sont assurés.

En cas de séjour en division demi-privée ou privée (ou en division générale sans protection tarifaire), CHF 50.– maximum par jour sont pris en charge pour les taxes de séjour et de soins, ainsi que CHF 2000.– de frais de traitement par année civile, toutefois uniquement dans les hôpitaux qui figurent sur les listes cantonales fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats. Cette prestation est également allouée si l'hôpital concerné possède une division générale avec convention.

2.3 Séjours hospitaliers à l'étranger en cas d'urgence

Frais de traitement et de séjour en division privée (chambre à un lit) en cas de séjour temporaire à l'étranger jusqu'à 12 mois au maximum. La durée des prestations est de maximum 60 jours d'hospitalisation.

2.4 Cliniques psychiatriques

Si des traitements aigus stationnaires sont effectués dans une clinique psychiatrique ou dans une division psychiatrique spéciale, les frais sont payés selon le chiffre 2.2 pendant 90 jours au total.

A partir du 91^e jour, les frais de traitement ainsi que CHF 20.– par jour sont payés à titre de participation aux frais de séjour et de soins. A l'âge AVS, ces prestations sont encore versées pendant 720 jours maximum dans une période de 900 jours.

Les séjours dans des cliniques psychiatriques à l'étranger dans le cadre des prestations selon le chiffre 2.3 sont imputés à la durée des prestations.

2.5 Etablissements médico-sociaux et homes pour malades chroniques

Les prestations suivantes sont payées pour les séjours dans un établissement médico-social ou un home pour malades chroniques:

- jusqu'au 180^e jour: au total CHF 20.– par jour pour les frais de séjour, de soins et de traitement,
- du 181^e au 540^e jour: au total CHF 10.– par jour pour les frais de séjour, de soins et de traitement.

Ensuite, plus aucune prestation n'est allouée.

2.6 Maisons de naissance

Les frais de séjour, de soins et de traitement sont pris en charge pour les séjours de maternité dans les maisons de naissance reconnues. La liste correspondante peut être obtenue auprès de Sanitas.

2.7 Prestations pour nouveau-nés

Les frais de séjour hospitalier d'un enfant en bonne santé sont payés par la couverture d'assurance de la mère aussi longtemps que l'enfant et la mère sont hospitalisés ensemble.

2.8 Soins à domicile

En cas de nécessité médicale et sur prescription d'un médecin, les prestations maximales suivantes sont payées pendant 90 jours au maximum par année civile pour les soins à domicile sur la base de factures détaillées mentionnant les jours où lesdites prestations sont dispensées:

- CHF 20.– par jour pour les soins médicaux à domicile prodigués par des infirmiers diplômés. Pour les soins médicaux prodigués par d'autres personnes, il existe un droit à ces prestations si elles génèrent une perte de gain attestée de cet ordre.
- Lors d'un accouchement, les prestations mentionnées sont payées pendant 14 jours maximum dans le mois suivant la naissance et imputées à la durée maximale des prestations.

Au total, CHF 1800.– maximum par année civile sont alloués pour les frais des soins à domicile.

2.9 Aide ménagère

En cas de nécessité médicale et sur prescription médicale, les prestations suivantes sont payées pour l'aide ménagère sur la base de factures détaillées mentionnant les jours où lesdites prestations sont dispensées:

- CHF 25.– par heure pour l'aide ménagère fournie par une personne ne vivant pas en ménage commun avec l'assuré. L'assuré qui tient le ménage a droit à cette prestation immédiatement après un séjour à l'hôpital.
- Lors d'un accouchement, les prestations mentionnées sont payées pendant 14 jours maximum dans le mois suivant la naissance et imputées à la durée maximale des prestations.

Au total, CHF 500.– maximum sont alloués par année civile pour les frais d'aide ménagère.

2.10 Cures

Les prestations maximales suivantes sont payées pour les frais de cures:

- CHF 50.– (pour les cures balnéaires, y compris la contribution LAMal) par jour pendant 21 jours maximum par année civile pour les cures balnéaires stationnaires dans des établissements reconnus selon l'art. 40 de la LAMal en Suisse ou dans des établissements de cure balnéaire à Abano et à Montegrotto (Italie) ainsi que pour les cures de convalescence dans des établissements de cure en Suisse placés sous surveillance ou sous direction médicale (après des maladies graves ou immédiatement après des interventions chirurgicales importantes). Pour les cures de convalescence en Suisse, 90% des frais pour le médecin et les médicaments ainsi que pour les thérapies prescrites et nécessaires médicalement sont remboursés en plus.
- CHF 100.– par jour, pendant 28 jours maximum par année civile pour les cures à la mer Morte, en Israël ou en Jordanie, pour le traitement du psoriasis ou du vitiligo.

Sanitas est habilitée à ordonner un examen par un médecin-conseil avant le début d'une cure.

Une cure est prise en charge par année civile dans l'étendue mentionnée.

2.11 Frais de voyage et de transport, actions de recherche et de sauvetage

CHF 10000.– maximum par année civile sont pris en charge au total pour:

- les frais de voyage pour pouvoir suivre des séances de radiothérapie, de chimiothérapie ou d'hémodialyse hors du domicile; les frais sont remboursés au maximum à concurrence du prix du moyen de transport public (billet 2^e classe),

- les transports d'urgence chez le médecin le plus proche ou à l'hôpital le plus proche pour le traitement approprié ainsi que les transferts nécessaires médicalement, effectués en ambulance,
- les actions de recherche et de sauvetage de personnes atteintes d'une maladie aiguë ou accidentées.

2.12 Exemption des primes en cas de décès ou d'invalidité

Les prestations d'assurance suivantes sont seulement valables en cas de début d'assurance et de sinistre antérieurs au 1^{er} janvier 2005.

En cas de décès ou d'invalidité d'un des parents

Les enfants déjà assurés chez Sanitas sont exempts de primes pour toutes les assurances complémentaires existantes, jusqu'à et y compris l'année civile où ils atteignent 18 ans:

- en cas de décès d'un des parents auparavant assuré chez Sanitas pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal,
- en cas d'invalidité permanente d'un des parents assuré chez Sanitas pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, à condition qu'une rente complète lui soit versée selon les dispositions de l'AI.

L'exemption des primes doit être demandée par écrit en annexant les documents officiels correspondants (acte de décès, décision de rente AI).

Si la demande arrive à Sanitas plus d'un an après le décès ou après réception de la décision de rente par l'AI, l'exemption des primes intervient à partir du mois où Sanitas a reçu la demande.

En cas de remariage ou de diminution du degré d'invalidité du parent invalide, fait devant être annoncé immédiatement par écrit à Sanitas, le droit à l'exemption des primes s'éteint à compter du mois suivant le changement de situation. Les primes sont facturées rétroactivement si les informations sont communiquées tardivement.

Invalidité d'un collaborateur

En cas d'incapacité de gain probablement permanente d'un collaborateur en raison d'une invalidité survenue pendant la durée d'assurance, l'assurance complémentaire est maintenue jusqu'à l'atteinte de l'âge AVS et elle est exempte de primes. En cas d'invalidité partielle à partir de 25%, la prime est réduite proportionnellement au degré de l'invalidité. Pour le degré d'invalidité, la décision de la caisse de pension est déterminante. La protection d'assurance n'existe que pour les événements qui surviennent après le début de l'assurance.

3 Divers

3.1 Obligations et conditions d'octroi des prestations

Les prestations assurées pour les séjours hospitaliers sont payées aussi longtemps que le séjour dans un hôpital pour cas aigus est nécessaire médicalement.

Une admission à l'hôpital doit immédiatement être annoncée à Sanitas, au plus tard toutefois dans un délai de quatre jours. Si une garantie de paiement est exigée, l'annonce à Sanitas doit avoir lieu deux semaines avant l'admission.

Si l'assuré fait valoir son droit et choisit la division demi-privée ou privée, l'annonce doit en être faite à Sanitas deux semaines avant l'admission, sauf en cas d'urgence.

Les prestations de cure sont uniquement prises en charge:

- si les cures sont nécessaires médicalement et prescrites dans le cadre d'un traitement médical par un médecin autorisé à exercer en Suisse,
- si la prescription de cure parvient à Sanitas deux semaines avant son commencement.

Si des cures balnéaires sont effectuées, les prestations sont, en outre, payées uniquement si des thérapies ambulatoires ne sont ni prometteuses ni utiles, et si des mesures thérapeutiques sont prises pendant la cure.

3.2 Exclusion de prestations

En complément des exclusions de prestations conformément au chiffre 7 des conditions générales d'assurance, aucune prestation n'est payée dans le cadre de la présente assurance complémentaire pour les traitements (p. ex. transplantations d'organes) pour lesquels la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) a conclu des forfaits par cas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

3.3 Reconnaissance des fournisseurs de prestations

Pour les traitements en Suisse, seules sont reconnues les factures de personnes titulaires d'un diplôme fédéral ou cantonal ou d'une autorisation correspondante cantonale leur permettant d'exercer leur profession.

3.4 Passage à h-care

A la fin de l'année, il est possible de passer à la gamme de produits h-care aux conditions suivantes:

- à h-care COMFORT, à h-care PRIVATE et à h-care ROYAL avec examen de l'état de santé jusqu'à 55 ans révolus.

En cas de divergences découlant de la traduction, le texte original en allemand fait foi.

