
s-care PRIVATE

Assurance complémentaire pour les traitements ambulatoires et stationnaires en division privée (chambre à un lit) dans tous les hôpitaux pour cas aigus de Suisse

Conditions complémentaires (CC) Sanitas Corporate Private Care

Edition de janvier 2005 (version 2015)

sanitas

But et bases légales

s-care PRIVATE couvre les frais conformément aux conditions ci-après. 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

Prise en charge intégrale des frais pour les séjours temporaires à l'étranger, déduction faite de la franchise choisie dans l'assurance des soins selon la LAMal et de la quote-part légale.

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.– 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 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, au total 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 VIH 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 les lunettes (y compris la monture) ou les lentilles de contact nécessaires à la correction visuelle:

- pour les adultes, 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 des 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 domicile 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.

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 chambre à un lit de la division privée de tous les hôpitaux pour cas aigus de Suisse sont assurés. Les prestations de l'assurance des soins dans les hôpitaux qui ne figurent pas sur les listes d'hôpitaux des cantons sont, en plus, pris en charge. D'autres prestations figurent dans les présentes conditions.

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 180 jours d'hospitalisation au maximum.

2.4 Séjours hospitaliers à l'étranger en cas de traitements planifiés

Si des traitements aigus stationnaires planifiés sont effectués à l'étranger, les frais de séjour, de soins et de traitement sont assurés jusqu'à CHF 1500.– maximum par jour, pendant 180 journées d'hôpital maximum dans une période de 360 jours consécutifs (sous réserve de l'approbation de Sanitas).

2.5 Cliniques psychiatriques

Si des traitements aigus stationnaires sont effectués dans une clinique psychiatrique ou dans une division spéciale psychiatrique, les frais sont payés selon le chiffre 2.2, pendant 180 jours au total.

A partir du 181^e jour, les frais de traitement ainsi que CHF 150.– par jour sont payés à titre de participation aux taxes de séjour et de soins. A l'âge AVS, ces prestations sont encore payées pendant 720 jours maximum dans une période de 900 jours.

Dans les cliniques psychiatriques ou les divisions psychiatriques spéciales sans mandat de prestations cantonal, les coûts qui seraient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins dans un hôpital avec un mandat de prestations cantonal sont encore payés à partir du 181^e jour pendant 540 jours au total, en plus des prestations selon le chiffre 2.2.

Les séjours dans des cliniques psychiatriques à l'étranger dans le cadre des prestations selon les chiffres 2.3 et 2.4 sont imputés à la durée des prestations.

2.6 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 150.– par jour pour les frais de séjour, de soins et de traitement,
- du 181^e au 540^e jour: au total CHF 80.– par jour pour les frais de séjour, de soins et de traitement.

Ensuite, plus aucune prestation n'est allouée.

2.7 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.

2.8 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 la mère et l'enfant sont hospitalisés ensemble.

2.9 Dépenses privées particulières

Sur présentation des pièces justificatives, Sanitas rembourse CHF 200.– maximum par séjour hospitalier pour les dépenses privées particulières en relation directe avec un séjour hospitalier stationnaire (frais de taxi pour l'admission et la sortie, frais de téléphone, etc.).

2.10 Soins à domicile

En cas de nécessité médicale et sur prescription médicale, les prestations suivantes sont payées pour les soins à domicile sur la base de factures détaillées mentionnant les jours où lesdites prestations sont dispensées:

- pendant 90 jours maximum par année civile: CHF 70.– par jour pour les soins médicaux à domicile prodigués par des infirmiers diplômés,
- CHF 70.– par jour pour les soins à domicile prodigués par d'autres personnes. On entend également par là les proches ainsi que les personnes vivant en ménage commun avec l'assuré et qui, en raison des soins prodigués, subissent une perte de gain attestée de cette valeur.

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 7000.– maximum par année civile sont alloués pour les soins à domicile.

2.11 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 hospitalier (ou si un séjour à l'hôpital peut être évité pendant des traitements ambulatoires).
- 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 1000.– maximum sont alloués par année civile pour les frais d'aide ménagère.

2.12 Cures

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

- CHF 200.– (pour les cures balnéaires, y compris la contribution LAMal) par jour pendant 21 jours maximum par année civile pour les cures balnéaires stationnaires (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 200.– 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.

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

CHF 20 000.– 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 (également en cas de transport en voiture) au maximum jusqu'à concurrence du prix du moyen de transport public (billet 1^{ère} 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 accidentées ou souffrant d'une maladie aiguë.

2.14 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'une année après la survenance du 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 ce que l'âge AVS soit atteint et est exempte de primes. En cas d'invalidité partielle à partir de 25%, la prime est réduite en proportion du 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 des 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.

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 les 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 Rabais d'absence de prestations

Généralités

Sanitas accorde un rabais sur les primes de l'année suivante aux assurés n'ayant pas perçu de prestations pendant une période d'observation de 12 mois.

Le rabais sur les primes est accordé sur la prime brute. Si une franchise à option a été conclue, le rabais sur les primes est décompté de la prime nette (déduction faite du rabais pour la franchise annuelle).

Une période d'observation s'étend du 1^{er} septembre d'une année au 31 août de l'année suivante. Les prestations perçues pendant cette période d'observation sont prises en compte. La date du décompte de prestations de Sanitas est déterminante.

Pour toute assurance débutant entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} août, la première période d'observation dure du début de l'assurance jusqu'au 31 août de la même année.

Pour toute assurance débutant entre le 1^{er} septembre et le 1^{er} décembre, la première période d'observation dure du début de l'assurance jusqu'au 31 août de l'année suivante.

En cas de passage dans la catégorie s-care COMFORT ou s-care ROYAL, l'échelon de rabais est repris.

Rabais sur les primes et échelons de rabais

Le rabais sur les primes par échelon est de 3%. En partant de l'échelon de rabais zéro, le rabais maximal de 24% est atteint à la 9^e année civile.

Echelons de rabais	Année civile	Rabais	Primes en % de la prime brute
0	1 ^{ère}	0	100
1	2 ^e	3	97
2	3 ^e	6	94
3	4 ^e	9	91
4	5 ^e	12	88
5	6 ^e	15	85
6	7 ^e	18	82
7	8 ^e	21	79
8	9 ^e	24	76
9	10 ^e	24	76
10	11 ^e	24	76
11	12 ^e	24	76
11	13 ^e + suivantes	24	76

Régression en cas de sinistre

Si, durant la période d'observation, des prestations sont perçues, le rabais sur les primes est réduit de quatre échelons de rabais (12%) pour l'année civile suivante, mais jusqu'à l'échelon zéro maximum.

Si des prestations d'un montant supérieur à CHF 20000.- sont perçues au cours de ladite période d'observation, le rabais sur les primes est réduit à l'échelon zéro pour l'année civile suivante, et ce indépendamment de l'échelon de rabais qui était garanti.

3.5 Franchise à option

Une éventuelle franchise annuelle choisie est perçue pour toutes les prestations par année civile.

Si le début du contrat se situe entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juin inclus, la franchise annuelle est perçue intégralement; si le début du contrat se situe entre le 1^{er} juillet et le 1^{er} décembre inclus, la moitié de la franchise annuelle est perçue.

Si un traitement dépasse de plus de dix jours la fin de l'année, la franchise annuelle doit de nouveau être payée pour l'année suivante.

3.6 Libre 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 et à h-care PRIVATE sans examen de l'état de santé.

Le passage à h-care doit être annoncé au plus tard le 30 novembre par écrit à Sanitas.