

Conditions complémentaires (CC)

Hospital Day Comfort

Assurance complémentaire selon
la loi sur le contrat d'assurance (LCA)
pour les prestations ambulatoires

Édition de juillet 2022
Version 2023

1 Objet et principes de base

Le produit d'assurance complémentaire Hospital Day Comfort couvre les coûts des interventions ambulatoires n'étant pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) ainsi que les prestations en rapport direct avec ces interventions (conformément aux chiffres 4, 5 et 6 ci-après) pratiquées par une institution partenaire reconnue de Sanitas si elles sont justifiées médicalement. D'autres prestations assurées sont décrites dans les présentes conditions complémentaires.

Les coûts sont remboursés à la suite des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et des autres assurances sociales au sens du chiffre 2 des conditions générales d'assurance (CGA).

Les dispositions légales en cas d'assurance multiple s'appliquent si d'autres assurances interviennent à titre complémentaire ou subordonné.

Le risque accidents et les prestations de maternité sont assurés.

Les présentes conditions complémentaires se basent sur les conditions générales d'assurance (CGA) des assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Les présentes conditions complémentaires divergent des CGA LCA, conformément au chiffre 9 ci-après.

2 Champ d'application territorial

L'assurance est valable pour les prestations perçues en Suisse. Le domicile de droit civil de la personne assurée doit être en Suisse et celle-ci doit être soumise à l'assurance obligatoire des soins (LAMal).

Cette assurance complémentaire ne couvre pas les prestations perçues à l'étranger.

3 Termes

1 Fournisseur de prestations

On entend par fournisseurs de prestations reconnus par Sanitas les personnes ou les établissements qui fournissent des prestations médicales à la personne assurée et qui ont conclu un accord contractuel avec Sanitas. Médecins, services ambulatoires et hôpitaux en font notamment partie. Sont considérés comme fournisseurs de prestations reconnus les personnes ou les établissements figurant sur la liste des institutions partenaires reconnues de Sanitas.

Si des prestations sont perçues en dehors des institutions partenaires de Sanitas, seuls les fournisseurs de prestations au bénéfice d'un mandat de prestations correspondant et figurant sur la liste cantonale des hôpitaux sont reconnus. Cette disposition se rapporte au chiffre 6 «Prestations perçues en dehors des institutions partenaires de Sanitas (en Suisse)» des présentes conditions complémentaires.

2 Liste

Sanitas tient une liste de toutes les institutions partenaires reconnues de Sanitas ainsi que de leurs prestations reconnues par Sanitas. La liste fait partie intégrante des présentes conditions complémentaires. La liste en vigueur est publiée sur les canaux clients numériques (p. ex. site Web). Elle peut également être obtenue auprès de Sanitas. Sanitas peut modifier à tout moment et unilatéralement cette liste.

4 Prestations des interventions ambulatoires et prestations en rapport direct avec les interventions ambulatoires

1 Libre choix du médecin parmi les institutions partenaires reconnues de Sanitas

Sont assurés les coûts relatifs au libre choix du médecin au sein de l'institution partenaire reconnue de Sanitas en cas d'interventions ambulatoires. Il existe un droit aux prestations pour les interventions effectuées auprès d'une institution partenaire reconnue de Sanitas, conformément à la liste.

2 Sphère privée et prestations de confort dans les institutions partenaires reconnues de Sanitas

Les prestations englobent les coûts d'une zone de réveil privée et les repas le jour de l'intervention dans une institution partenaire reconnue de Sanitas, conformément à la liste. Sont assurés les coûts occasionnés dans le cadre d'interventions ambulatoires et n'étant pas couverts par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, conformément à la convention conclue contractuellement avec l'institution partenaire reconnue de Sanitas.

3 Trajets aller et retour

Les trajets de la personne assurée et d'une personne accompagnatrice effectués en transports publics, en taxi ou avec d'autres prestataires de transport ainsi que les transports privés (à l'exception des transports médicalement indiqués au sens de l'art. 26 OPAS) sont pris en charge dans la mesure où ils sont en rapport direct avec l'intervention ambulatoire.

Sont payés, sur présentation des justificatifs, CHF 500.– au maximum par intervention ambulatoire assurée; un total de CHF 1000.– au maximum par année civile pour

- Tout au plus, les frais de voyage effectifs relatifs aux trajets effectués en transport public, en taxi ou avec d'autres prestataires de mobilité;
- CHF 0.80 par kilomètre pour les transports privés;
- Les frais de parking sur le lieu du traitement pour la personne assurée et une personne accompagnatrice.

Sont remboursés les frais de voyage ou de parking directement un jour avant et directement un jour après l'intervention ainsi que le jour même de l'intervention. Un trajet aller et retour est remboursé par intervention.

4 Nuitée

Sont payés, sur présentation des justificatifs, CHF 500.– au maximum par intervention ambulatoire, CHF 1500.– au maximum par année civile pour les nuitées n'étant pas médicalement nécessaires. Sont pris en charge les coûts de l'hébergement pour la nuit directement un jour avant et directement un jour après l'intervention, y compris les repas de la personne assurée dans une institution partenaire reconnue de Sanitas, dans un hôtel (y compris pour la personne accompagnatrice) ou chez un autre hébergeur commercial (y compris pour la personne accompagnatrice).

5 Prestations d'ordre médical et organisationnel supplémentaires

1 Méthodes, instruments et outils à la pointe du progrès utilisés pour le diagnostic et le traitement

Dans le cadre de l'intervention ambulatoire, sont pris en charge les coûts, à concurrence de CHF 5000.- par année civile, pour les prestations mentionnées ci-après qui ne sont pas assurées par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal:

- Méthodes novatrices, diagnostiques et thérapeutiques, moyens auxiliaires, instruments implants ainsi que matériel et objets efficaces, appropriés, économiques et médicalement adaptés
- Processus de traitement novateurs sur la base des dernières connaissances médicales

Les prestations assurées figurent sur la liste de l'institution partenaire reconnue de Sanitas.

2 Aide-ménagère et livraison de repas

Sur prescription d'un médecin, les coûts d'une aide-ménagère ne vivant pas en ménage commun avec la personne assurée sont remboursés sur présentation des factures détaillées et du calendrier correspondant (vue d'ensemble des heures et des jours d'intervention de l'aide-ménagère). La prise en charge des coûts est accordée pendant une période de 30 jours au maximum avant et/ou après l'intervention ambulatoire à la personne qui est responsable du ménage et qui est assurée. On entend par prestation d'aide-ménagère le ménage, les courses, la cuisine, la lessive, le repassage ainsi que l'entretien du jardin ou des plantes. Les coûts des repas apportés par un service de livraison sont remboursés après l'intervention ambulatoire.

Sont assurées les prestations ci-après pour chaque intervention, à concurrence d'un total de CHF 60.- par jour:

- Aide-ménagère avant et/ou après l'intervention pour 30 jours au maximum
- Livraison de repas après l'intervention pendant 14 jours au maximum

Un total de CHF 1800.- au maximum est payé par intervention pour l'aide-ménagère et la livraison de repas.

3 Prestations de garde et d'encadrement

Les coûts des prestations de garde et d'encadrement sont pris en charge après une intervention ambulatoire de la personne assurée, sur présentation des factures détaillées et du calendrier correspondant (vue d'ensemble des heures et des jours pendant lesquels sont fournies les prestations de garde et d'encadrement):

- CHF 400.- au maximum par intervention ambulatoire pour la garde de ses propres enfants ou des enfants recueillis jusqu'à leurs 16 ans révolus par une personne de confiance
- CHF 1000.- au maximum pour l'encadrement des personnes nécessitant des soins, qui étaient encadrées par la personne assurée, par une personne de confiance
- CHF 200.- au maximum par intervention ambulatoire pour la garde d'animaux domestiques effectuée par des professionnels de la gestion des animaux (pensions, par exemple)

Les coûts de garde et d'encadrement sont assurés uniquement si la personne assurée ne peut pas assumer elle-même la garde ou l'encadrement pour des raisons médicales et si elle dispose d'une prescription médicale à cet effet.

Un total de CHF 1000.- au maximum est assuré par intervention ambulatoire, à concurrence de CHF 2000.- par année civile.

6 Prestations perçues en dehors des institutions partenaires de Sanitas (en Suisse)

Si une intervention ambulatoire est réalisée hors du réseau partenaire, les prestations ci-après sont prises en charge:

- Prise en charge intégrale des montants maximums et de la durée de prestations prévus découlant des présentes conditions complémentaires, conformément au chiffre 4.3 Trajets aller et retour, chiffre 4.4 Nuitée (uniquement dans un hôtel ou auprès d'un hébergeur commercial), chiffre 5.2 Aide-ménagère et livraison de repas et chiffre 5.3 Prestations de garde et d'encadrement.

Ce produit d'assurance complémentaire ne prend aucune autre prestation en charge.

7 Conditions d'octroi des prestations

1 Conditions générales d'octroi des prestations

Sanitas prend en charge les coûts à la condition qu'une garantie de paiement / confirmation de couverture ait été émise par Sanitas. Celle-ci doit être demandée avant l'admission. En l'absence de garantie de paiement / confirmation de couverture de Sanitas au moment de l'admission, Sanitas se réserve le droit de ne pas rembourser les coûts ou de n'en rembourser qu'une partie. En cas d'urgence, il faut demander une garantie de paiement / confirmation de couverture à Sanitas sans délai, mais au plus tard en l'espace de 3 jours après l'intervention.

2 Conditions d'octroi des prestations dans le cadre d'un modèle d'assurance alternatif

Les personnes disposant d'un modèle d'assurance alternatif de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (p. ex. modèle du médecin de famille, télémédecine ou choix limité du fournisseur de prestations) doivent, pour la présente assurance, également respecter les conditions complémentaires du modèle d'assurance alternatif.

8 Exclusion de prestations

En complément aux exclusions de prestations mentionnées à l'article 7 des conditions générales d'assurance (CGA) des assurances complémentaires, aucune prestation n'est allouée pour les interventions ci-après, lesquelles ne sont pas considérées comme des interventions ambulatoires au sens du présent contrat:

- Administration unique et récurrente de médicaments (à l'exclusion des prestations de maternité)
- Radiothérapie unique et récurrente
- Photothérapie unique et récurrente (par UVA et UVB)
- Technique de purification du sang (dialyse)
- Injections et perfusions (p. ex. chimiothérapie, traitement des carences en fer, administration de médicaments, etc.)
- Ponctions (p. ex. prise de sang, prélèvement de tissus et de liquides corporels, etc.)
- Imagerie médicale (p. ex. radiographie, échographie, tomographie, tomographie, ECG, etc.)
- Trépanation de l'ongle, incision ou drainage en cas d'inflammation du lit de l'ongle
- Petites interventions sur la peau avec une plaie de moins de 2 cm² pour des maladies bénignes

9 Dérogations aux conditions générales d'assurance (CGA) LCA

Conformément au chiffre 1, alinéa 5 des présentes conditions complémentaires, des divergences existent avec les CGA LCA. Les chiffres ci-après des CGA LCA sont remplacés par les dispositions suivantes:

Durée du contrat (chiffre 16 des CGA LCA)

Le contrat est conclu pour une durée indéterminée.

Si la personne assurée choisit une durée contractuelle fixe de plusieurs années, l'échéance du contrat est mentionnée sur la police. Si le preneur d'assurance n'a pas résilié le contrat pour ce moment-là, le contrat est automatiquement transformé en un contrat à durée indéterminée qui se renouvelle tacitement chaque année.

Modification du contrat par Sanitas (chiffre 18, alinéa 3 des CGA LCA)

Dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat d'assurance Hospital Day Comfort pour la date de l'entrée en vigueur de la modification contractuelle. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Sanitas au plus tard le jour précédant l'entrée en vigueur du nouveau contrat. Faute de résiliation, l'adaptation du contrat est considérée comme acceptée par le preneur d'assurance.

Résiliation (chiffre 19, alinéa 2 des CGA LCA)

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance pour la fin de la durée contractuelle fixe moyennant un préavis de trois mois. Si le contrat est conclu pour une durée de trois ans ou plus, le preneur d'assurance peut le résilier pour la fin de la troisième année ou de chaque année suivante moyennant un préavis de trois mois.

Si le contrat d'assurance a été conclu pour une durée indéterminée, le preneur d'assurance peut le résilier pour la fin de l'année civile moyennant un préavis de trois mois. La résiliation doit parvenir à Sanitas au plus tard le 30 septembre.

Changement de classe d'âge et de domicile (chiffre 22 des CGA LCA) ainsi que de la durée du contrat

Le tarif des primes peut prévoir un échelonnement des primes en fonction de l'âge, du sexe, du domicile civil ou de la durée contractuelle (le rabais pour le contrat pluriannuel est supprimé après expiration de la durée du contrat convenue). Le changement d'une de ces données peut entraîner une modification des primes. Cela n'autorise pas le preneur d'assurance à résilier le produit selon le chiffre 18 des CGA LCA, excepté en cas de modification des primes en raison de l'âge.

Classes d'âge

La personne assurée est répartie dans les classes d'âge ci-après en fonction de son âge actuel:

00-10	21-25	36-40	51-55	66-70	81-85
11-15	26-30	41-45	56-60	71-75	86-90
16-20	31-35	46-50	61-65	76-80	91+

L'âge atteint par la personne assurée au cours de l'année civile du début de l'assurance est déterminant pour la répartition dans la classe d'âge.

Le passage à la classe d'âge supérieure a lieu au début de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée atteint le premier anniversaire de la classe d'âge supérieure (tarif selon l'âge effectif).

Le passage à l'une des classes d'âge supérieures susmentionnées s'accompagne généralement d'une augmentation de la prime.

Paiement des primes et échéance (chiffre 23, alinéa 1 des CGA LCA)

Les primes doivent être payées le 1^{er} jour de la période facturée. Les paiements peuvent être effectués annuellement, semestriellement, trimestriellement, bimestriellement ou mensuellement, l'année d'assurance commençant au 1^{er} janvier. Pour les modes de paiement non annuels, Sanitas peut prévoir un montant de facturation minimum.

10 Divers

1 Modification de la liste

Sanitas peut changer à tout moment et de manière unilatérale la liste mentionnée dans les présentes conditions complémentaires. Une modification ne confère aucun droit de résiliation au preneur d'assurance.

2 Saisie et traitement des données

Afin de garantir une prise en charge médicale coordonnée, les prestations assurées par Hospital Day Comfort supposent que les fournisseurs de prestations et Sanitas échangent des informations concernant la personne assurée, notamment:

- le rendez-vous médical auprès d'un spécialiste reconnu;
- la date de l'intervention ambulatoire;
- l'indication pour l'intervention ambulatoire;
- le résultat du traitement (déroulement sans ou avec complications).

À cet effet et afin que les prestations assurées par Hospital Day Comfort soient garanties, la personne assurée consent expressément, outre le traitement des données mentionné au chiffre 26 des CGA LCA:

- à ce que les fournisseurs de prestations transmettent les données à Sanitas et à ce que Sanitas traite ces données et
- à ce que Sanitas transmette les données aux fournisseurs de prestations et à ce que les fournisseurs de prestations traitent ces données.

Les données sont également transmises, dans le respect des dispositions légales et contractuelles relatives à la protection des données, à des tiers autorisés par Sanitas et/ou par les fournisseurs de prestations et que Sanitas ou les fournisseurs de prestations mandatent pour garantir la prise en charge médicale coordonnée des prestations assurées par Hospital Day Comfort ou à d'autres fins.

La personne assurée peut révoquer à tout moment son consentement. La révocation peut être effectuée à l'égard de Sanitas ou du fournisseur de prestations et entraîner des restrictions ou une exclusion des prestations assurées par Hospital Day Comfort.

3 Prestations en cas de transition vers un traitement stationnaire

Si, pour des raisons médicales, une intervention ambulatoire devait se transformer inopinément en une intervention stationnaire, les prestations fournies sont remboursées jusqu'à ce que la nécessité du séjour stationnaire soit établie selon les limites prévues par les présentes conditions complémentaires conformément au chiffre 4.3 Trajets aller et retour, au chiffre 4.4 Nuitée, au chiffre 5.1 Méthodes, instruments et outils novateurs utilisés pour le diagnostic et le traitement, au chiffre 5.2 Aide-ménagère et livraison de repas et au chiffre 5.3 Prestations de garde et d'encadrement.

À partir du moment où la nécessité du traitement stationnaire est établie, plus aucun droit aux prestations par le biais de cette assurance complémentaire ne subsiste pour ce cas.