

Corporate Hospital Standard

Assurances complémentaires pour
les traitements stationnaires en division
générale dans tous les hôpitaux
conventionnés de Suisse

Édition de janvier 2023
Version 2023

Organisme d'assurance:
Sanitas Assurances privées SA avec siège à Zurich

Objet et principes de base

Corporate Hospital Standard prend en charge les coûts selon les dispositions ci-après. Les coûts 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 peut être coassuré.

Les présentes conditions complémentaires (CC) se basent sur les conditions générales d'assurance de Sanitas Corporate Private Care pour les assurances complémentaires s-care selon la LCA, édition 2023, ou sur les conditions générales d'assurance de Sanitas Corporate Privare Care pour les assurances complémentaires p-care selon la LCA, édition 2023.

1 Prestations

1.1 Termes

On entend par hôpitaux de soins aigus les établissements de soins et les cliniques dirigés et surveillés par des médecins, accueillant exclusivement des personnes accidentées ou souffrant d'une maladie aiguë. Par analogie, les cliniques d'obstétrique, les cliniques psychiatriques et les cliniques de réadaptation sont aussi considérées comme des hôpitaux de soins aigus.

Ne sont pas réputés hôpitaux de soins aigus les établissements de cure, homes pour personnes âgées, établissements médico-sociaux, homes pour malades chroniques et autres institutions non prévues pour soigner les cas aigus.

Par hôpitaux conventionnés, on entend des hôpitaux de soins aigus avec un mandat de prestations cantonal selon l'article 9 LAMal ou des 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.

Sont considérés séjours hospitaliers stationnaires les séjours:

- d'au moins 24 heures,
- de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé durant la nuit,
- à l'hôpital, lors d'un transfert dans un autre hôpital,
- à la maison de naissance, lors d'un transfert dans un hôpital,
- en cas de décès.

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

1.2 Séjours hospitaliers en Suisse

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

En cas de séjour en division privée ou demi-privée (ou en division générale sans restriction tarifaire), les taxes de séjour et de soins sont prises en charge à hauteur de CHF 50.- par jour, ainsi que les coûts de traitement à hauteur de CHF 2000.- par année civile. Cela ne s'applique cependant qu'aux hôpitaux figurant sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats de prestations. Cette prestation est également allouée si l'hôpital concerné dispose d'une division générale gérée par contrat.

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

En cas de traitement stationnaire d'urgence à l'étranger, les frais de séjour en division privée (chambre individuelle) sont assurés pendant 60 jours au maximum, mais tout au plus tant qu'un rapatriement n'est ni possible ni indiqué du point de vue médical.

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

Les frais de traitement lors d'urgences à l'étranger sont pris en charge. La couverture d'assurance s'étend aux traitements ambulatoires dispensés par des médecins et aux traitements ambulatoires sur ordonnance médicale.

1.5 Cliniques psychiatriques

Lors d'un traitement aigu stationnaire effectué dans une clinique psychiatrique ou en division spéciale psychiatrique, les frais sont payés selon le chiffre 1.2, pendant 90 jours au total.

À partir du 91^e jour, les coûts de traitement et CHF 20.- par jour sont payés pour les frais de séjour et de soins. À l'âge AVS, ces prestations restent prises en charge pendant 720 jours au maximum, sur une période de 900 jours.

Les séjours dans les cliniques psychiatriques à l'étranger dans le cadre des prestations aux termes du chiffre 1.3 sont imputés à la durée des prestations.

1.6 Établissements médico-sociaux et homes pour malades chroniques

Lors d'un séjour en EMS ou en établissement pour malades chroniques, les prestations ci-après sont prises en charge:

- Jusqu'au 180^e jour: CHF 20.- par jour pour les frais de séjour et de soins
- À partir du 181^e et jusqu'au 540^e jour: CHF 10.- par jour pour les frais de séjour et de soins

Ensuite, plus aucune prestation n'est allouée.

1.7 Maisons de naissance

Les frais de séjour, de soins et de traitement sont pris en charge pour les séjours post-partum dans des maisons de naissance reconnues. Une liste correspondante peut être obtenue auprès de Sanitas.

1.8 Prestations pour nouveau-nés

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

1.9 Soins médicaux à domicile

En cas de nécessité médicale et sur prescription d'un médecin, les prestations ci-après pour les coûts des soins à domicile sont payées pendant une durée maximale de 90 jours par année civile, sur présentation de factures détaillées indiquant les jours de soins à domicile:

- CHF 20.- par jour pour les soins à domicile prodigués par du personnel soignant diplômé. Pour les soins prodigués par d'autres personnes, il existe un droit à des prestations si une perte de gain est constatée dans ce cadre.
- Lors d'un accouchement, les prestations mentionnées sont payées pendant 14 jours au maximum dans le mois suivant la naissance et imputées à la durée maximale des prestations.

Le montant total maximal alloué pour les coûts des soins médicaux à domicile est de CHF 1800.- par année civile.

1.10 Aide-ménagère

En cas de nécessité médicale et sur prescription d'un médecin, les prestations ci-après sont prises en charge 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 dans le même ménage. La personne assurée 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 au maximum dans le mois suivant la naissance et imputées à la durée maximale des prestations.

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

1.11 Cures

Les prestations maximales ci-après sont payées pour les frais de cures:

- CHF 50.- (en cas de cures balnéaires, contribution LAMal incluse) par jour pendant 21 jours au maximum par année civile en cas de cures balnéaires stationnaires dans des établissements de cure balnéaire reconnus selon l'art. 40 LAMal en Suisse ou dans des établissements de cure balnéaire à Abano et Montegrotto (Italie) ainsi qu'en cas de cures de convalescence dans des établissements de cure dirigés ou surveillés par un médecin en Suisse (après une maladie grave ou immédiatement après une intervention chirurgicale importante). Par ailleurs, pour les cures de convalescence en Suisse, 90% des coûts de médecin et de médicaments ainsi que les coûts des thérapies sont remboursés pour les thérapies prescrites par un médecin et nécessaires sur le plan médical.
- CHF 100.- par jour, pendant 28 jours au maximum par année civile, pour des cures à la mer Morte, en Israël ou en Jordanie, pour le traitement du psoriasis ou du vitiligo.

Sanitas peut ordonner qu'un examen soit effectué par un médecin-conseil avant le début d'une cure.

L'assurance prend en charge une cure au maximum par année civile dans l'étendue mentionnée.

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

Un montant total maximal de CHF 10 000.- par année civile est versé pour:

- Les frais de voyage pour pouvoir suivre des séances de radiothérapie, de chimiothérapie ou d'hémodialyse. Les frais sont remboursés au maximum à hauteur du prix du moyen de transport public (billet de 2^e classe).
- Les transports d'urgence chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche pour le traitement approprié ainsi que transferts médicalement nécessaires en ambulance.
- Les actions de recherche et de sauvetage de personnes accidentées ou atteintes d'une maladie aiguë.

1.13 Interventions de chirurgie esthétique

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

- Opérations mammaires
- Correction de cicatrices
- Correction d'oreilles décollées

Les traitements stationnaires sont pris en charge au maximum selon le tarif de la division générale d'un hôpital de soins aigus dans le canton de domicile avec un mandat de prestations cantonal au sens de l'art. 39 de la LAMal.

1.14 Médecine alternative

80% des coûts sont pris en charge (examens, traitements, médicaments prescrits), mais jusqu'à concurrence de CHF 1000.- par année civile. Le fournisseur de prestations choisi, la méthode thérapeutique administrée et les médicaments prescrits doivent être reconnus par Sanitas. Les méthodes thérapeutiques reconnues par Sanitas et ses exigences envers les fournisseurs de prestations figurent sur une liste. Sanitas peut modifier cette dernière. Les modifications n'entraînent toutefois aucun droit de résiliation. La liste en vigueur au moment du traitement fait foi.

Les prestations sont également allouées dans la même étendue pour d'autres thérapeutes au bénéfice de la formation correspondante. Les exigences envers les thérapeutes et les méthodes thérapeutiques reconnues et dont dépend le remboursement figurent également dans la liste mentionnée à l'alinéa 1.

2 Divers

2.1 Conditions d'octroi des prestations et obligations

Les prestations assurées pour les séjours hospitaliers sont versées tant que le séjour dans un hôpital de soins aigus est nécessaire médicalement.

L'admission à l'hôpital doit être annoncée à Sanitas immédiatement, 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 à l'hôpital.

Si la personne assurée fait valoir son droit de choisir la division privée, elle doit le communiquer à Sanitas deux semaines avant l'admission à l'hôpital, sauf en cas d'urgence.

Les prestations de cure ne sont prises en charge que dans les cas suivants:

- La cure est nécessaire d'un point de vue médical et a été prescrite dans le cadre d'un traitement médical par un médecin autorisé à exercer en Suisse,
- La prescription de cure parvient à Sanitas deux semaines avant son commencement.

Lors de cures balnéaires, les prestations ne sont en outre prises en charge que si les thérapies ambulatoires ne sont ni prometteuses ni utiles et que des mesures thérapeutiques sont effectuées pendant la cure.

