

Corporate Hospital Top

Assurance complémentaire pour
les traitements stationnaires en division
privée, chambre individuelle, dans tous
les hôpitaux de soins aigus 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 Top 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 (CGA) 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 stationnaires

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 également considérées comme des hôpitaux de soins aigus.

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

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 chambre individuelle de la division privée sont assurés dans tous les hôpitaux de soins aigus de Suisse. Dans les hôpitaux qui ne figurent pas sur les listes cantonales des hôpitaux, les prestations de l'assurance obligatoire des soins sont également prises en charge. Les autres prestations figurent dans les présentes conditions.

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

Coûts de traitement et de séjour en division privée (chambre individuelle) pendant 180 jours d'hospitalisation au maximum; toutefois, uniquement aussi longtemps qu'un transport à domicile n'est ni possible ni approprié 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 Séjour hospitalier à l'étranger en cas de traitement programmé

Une demande de prise en charge des coûts doit être remise à Sanitas pour les traitements programmés à l'étranger. Il en va de même lorsque des mesures médicales supplémentaires sont prévues à l'étranger après un traitement. Les frais de séjour, de soins et de traitement sont pris en charge au maximum pendant 90 jours d'hospitalisation jusqu'à concurrence de CHF 1500.- par jour.

1.6 Cliniques psychiatriques

Lors d'un traitement aigu stationnaire effectué dans une clinique psychiatrique ou en division spéciale psychiatrique, les coûts sont payés selon le chiffre 1.2, pendant 180 jours au total.

À partir du 181^e jour, les coûts de traitement et CHF 150.- par jour sont payés pour les taxes 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.

Dans les cliniques psychiatriques ou les divisions spéciales psychiatriques sans mandat de prestations cantonal, les coûts qui seraient pris en charge dans un hôpital disposant d'un mandat de prestations de l'assurance obligatoire des soins sont payés à partir du 181^e jour pendant une durée de 540 jours en plus des prestations selon le chiffre 1.2.

Les séjours dans les cliniques psychiatriques à l'étranger dans le cadre des prestations aux termes des chiffres 1.3 et 1.5 sont imputés à la durée des prestations.

1.7 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 150.- par jour pour les frais de séjour et de soins
- À partir du 181^e et jusqu'au 540^e jour: CHF 80.- par jour pour les frais de séjour et de soins

Ensuite, plus aucune prestation n'est allouée.

1.8 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.

1.9 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.

1.10 Dépenses privées particulières

Sur présentation d'un justificatif, Sanitas rembourse CHF 200.- par séjour pour les dépenses privées particulières en rapport direct avec un séjour hospitalier stationnaire (frais de taxi pour l'admission et la sortie, frais de téléphone, etc.).

1.11 Soins médicaux à domicile

En cas de nécessité médicale et sur prescription d'un médecin, les prestations ci-après sont allouées sur présentation de factures détaillées indiquant les jours de soins à domicile:

- CHF 70.- par jour (au maximum 90 jours par année civile) pour les soins à domicile dispensés par du personnel soignant diplômé;
- CHF 70.- par jour pour les soins à domicile dispensés par d'autres personnes. On entend également par là les proches ainsi que les personnes vivant en ménage commun avec la personne assurée et qui subissent une perte de gain attestée en raison des soins qu'ils prodiguent.

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 7000.- par année civile.

1.12 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 hospitalier ou pendant des traitements ambulatoires, dans la mesure où un séjour à l'hôpital peut être évité.
- 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 1000.- au maximum sont alloués par année civile pour les frais d'aide-ménagère.

1.13 Cures

Les prestations maximales ci-après sont prises en charge pour les frais de cures:

- CHF 200.- (en cas de cure balnéaire, contribution LAMal incluse) par jour pendant 21 jours au maximum par année civile en cas de cure balnéaire stationnaire (après une maladie grave ou immédiatement après une intervention chirurgicale majeure). En cas de cures de convalescence en Suisse, 90% des frais de médecin et de médicaments ainsi que des thérapies médicalement nécessaires prescrites par un médecin sont remboursés.
- CHF 200.- par jour, pendant 28 jours au 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 peut ordonner un examen 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.

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

Un total de CHF 20 000.- au maximum par année civile est pris en charge pour:

- Les frais de voyage pour pouvoir suivre des séances de radiothérapie, de chimiothérapie ou d'hémodialyse. Les frais (également en cas de transport en voiture) sont remboursés au maximum à hauteur du prix du moyen de transport public (billet de 1^{re} 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.

1.15 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.

1.16 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, 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.

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.

2.2 Rabais d'absence de prestations Step-by-Step

Généralités

Sanitas accorde un rabais sur les primes de l'année civile suivante aux personnes assurées qui n'ont pas perçu de prestations pendant une période d'observation de douze 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 (après déduction du rabais pour la franchise annuelle).

La période d'observation s'étend du 1^{er} septembre d'une année au 31 août de l'année suivante. Les prestations perçues durant 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.

L'échelon de rabais est repris en cas de passage à la catégorie s-care Corporate Hospital Extra.

Rabais sur les primes et échelons de rabais

Le rabais maximal de 24% est atteint à partir de l'échelon de rabais 0, au plus tôt la 9^e année civile.

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

Un échelon de rabais plus important que l'échelon 0 peut être accordé pour la nouvelle conclusion d'un produit avec rabais d'absence de prestations Step-by-Step.

Régression en cas de sinistre

Si des prestations sont perçues pendant la période d'observation, le rabais sur les primes est réduit de quatre échelons pour l'année civile suivante. Les régressions se font jusqu'à ce que l'échelon de rabais 0 soit atteint.

Si des prestations d'un montant supérieur à CHF 20 000.- sont perçues au cours de cette période d'observation, le rabais sur les primes est rétrogradé à l'échelon 0 pour l'année civile suivante et ce, indépendamment de l'échelon de rabais qui avait été accordé.

2.3 Franchise à option

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

Si un traitement dépasse de plus de dix jours la fin de l'année civile, la franchise annuelle est de nouveau due l'année suivante.