



Assurance Hôpital LIBERO

Conditions complémentaires d'assurance (CCA)

	Art.	
I. Généralités		I. Généralités
Objet de l'assurance	1	1 Objet de l'assurance
Dispositions applicables	2	1.1 L'assurance Hôpital LIBERO est considérée comme assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins dans le cadre des Conditions générales d'assurance Assurances complémentaires des soins (CGA).
Possibilités d'assurance	3	1.2 L'assurance Hôpital LIBERO prend en charge les frais en cas de séjour stationnaire dans un hôpital. Elle accorde de plus des prestations pour les cures balnéaires et de convalescence, ainsi que pour l'aide familiale.
Proposition	4	
Définitions	5	
II. Durée du contrat		
Durée de validité et résiliation du contrat	6	
III. Choix de la division hospitalière et participation aux coûts		
Droit d'option	7	
Participation aux coûts des prestations hospitalières	8	2 Dispositions applicables
Adaptation des participations aux coûts	9	2.1 Pour toutes les questions qui ne font pas l'objet d'une réglementation particulière dans le cadre des présentes Conditions complémentaires d'assurance, les dispositions légales et les Conditions générales d'assurance Assurances complémentaires des soins (CGA) sont applicables.
IV. Prestations		2.2 Pour les assurés qui ont conclu une forme particulière de l'assurance obligatoire des soins conformément à l'art. 62 LAMal, s'appliquent en outre les éventuelles Conditions particulières d'assurance (CPA).
Prestations hospitalières	10	
Étendue des prestations	11	
Durée des prestations	12	
Cures balnéaires	13	
Cures de convalescence	14	
Obligation de déclarer en cas de cure	15	
Aide familiale	16	
Prestations à l'étranger	17	
Versement des prestations	18	3 Possibilités d'assurance
Prestations exclues	19	L'assurance peut être conclue dans les variantes suivantes:
V. Variantes de l'assurance Hôpital LIBERO		- sans couverture du risque accident;
Choix restreint de l'hôpital	20	- avec couverture du risque accident;
Extension du choix de l'hôpital	21	- avec libre choix de l'hôpital selon la LAMal;
		- avec choix restreint de l'hôpital;
		- avec extension du choix de l'hôpital.
		4 Proposition
		4.1 En vue de l'admission dans l'assurance Hôpital LIBERO, il y a lieu de remplir sincèrement et complètement le formulaire de proposition (art. 3.1 CGA) prévu à cet effet et de l'envoyer à l'assureur.
		4.2 La conclusion de l'assurance avant la naissance n'est pas possible pour l'assurance Hôpital LIBERO.

5 Définitions

- 5.1 Sont réputés hôpitaux, les établissements hospitaliers placés sous direction et surveillance médicales ou leurs divisions qui servent au traitement stationnaire de maladies aiguës ou de suites d'accident ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation et qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux (art. 39 al. 1 let. e LAMal). Ils doivent garantir une assistance médicale suffisante, disposer du personnel qualifié nécessaire et d'équipements médicaux adéquats et garantir la fourniture adéquate des soins pharmaceutiques. Dans ce sens, les cliniques psychiatriques sont également considérées comme hôpitaux.
- 5.2 Ne sont pas réputés hôpitaux, les établissements de cure, les homes pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux, les homes pour malades chroniques, les hospices pour personnes en fin de vie et autres établissements hospitaliers qui ne sont pas prévus pour le traitement de patients atteints d'une maladie aiguë.
- 5.3 Est réputée division privée, une chambre à un lit ou exceptionnellement à deux lits avec tarif reconnu par l'assureur.
- 5.4 Est réputée division mi-privée, une chambre à deux lits ou exceptionnellement à plus de deux lits avec tarif reconnu par l'assureur.
- 5.5 Est réputée division commune, une chambre à plusieurs lits avec tarif reconnu par l'assureur.
- 5.6 La notion de traitement stationnaire est déterminée par les dispositions de la LAMal.
- 5.7 Lorsqu'un hôpital ne connaît aucun critère de classification pour les divisions hospitalières ou en applique d'autres que ceux mentionnés ci-dessus ou lorsque les tarifs d'une division ne sont pas reconnus par l'assureur, il s'agit alors d'une division privée. L'assureur peut fixer des tarifs maximaux, considérés comme critère pour le classement des divisions assurées. L'assureur tient une liste des hôpitaux qui ne disposent d'aucune division privée, mi-privée ou commune au sens des présentes dispositions. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.

II. Durée du contrat

6 Durée de validité et résiliation du contrat

- 6.1 Le contrat est conclu pour la durée fixe indiquée sur la police et se renouvelle ensuite tacitement d'année en année si le preneur d'assurance n'a pas résilié le contrat pour la fin de la durée du contrat, moyennant un préavis de trois mois.
- 6.2 Si aucune durée de contrat n'est mentionnée sur la police, le contrat est conclu pour une année civile et se renouvelle ensuite tacitement d'année en

année si le preneur d'assurance n'a pas résilié le contrat pour la fin de la durée du contrat, moyennant un préavis de trois mois. Si le contrat commence en cours d'année, la première période d'assurance se termine au 31.12. de cette même année civile.

- 6.3 *Si l'assureur remplace les conditions d'assurance existantes par de nouvelles en vue d'une adaptation aux modifications de la situation du marché, il a le droit, par dérogation à l'article 16.3 CGA, de résilier l'assurance pour la fin de la durée du contrat, moyennant un préavis de trois mois. Le preneur d'assurance est dans ce cas en droit de passer dans la nouvelle assurance, indépendamment de son état de santé et de son âge. Les réserves d'assurance existantes et une éventuelle variante choisie de l'assurance Hôpital LIBERO avec choix restreint de l'hôpital sont également valables pour la nouvelle assurance.*

III. Choix de la division hospitalière et participation aux coûts

7 Droit d'option

- 7.1 Les assurés peuvent déclarer par écrit, au plus tard lors de l'entrée à l'hôpital, qu'ils souhaitent être hospitalisés en division privée ou en division mi-privée. Si les assurés n'optent pas par écrit pour une certaine division hospitalière, cela équivaut alors au choix de la division commune.
- 7.2 Durant le traitement hospitalier, les assurés ont le droit d'opter par écrit pour une autre division hospitalière et d'y être transférés.
- 7.3 Si par suite de maladie ou d'accident, l'assuré n'est pas en mesure de faire le choix de la division hospitalière, les coûts en division commune seront alors pris en charge. Le choix de la division hospitalière effectué par écrit par le conjoint, le représentant légal ou par une personne mandatée spécialement dans ce but par l'assuré demeure réservé.

8 Participation aux coûts des prestations hospitalières

- 8.1 Si les assurés sont hospitalisés en division commune, aucune participation aux coûts n'est perçue.
- 8.2 Si les assurés optent pour la division mi-privée, ils doivent participer aux coûts générés à la charge de l'assurance Hôpital LIBERO à raison d'une quote-part de 20%, mais au maximum jusqu'à concurrence d'un montant de CHF 2'000 par année civile.
- 8.3 Si les assurés optent pour la division privée, ils doivent participer aux coûts générés à la charge de l'assurance Hôpital LIBERO à raison d'une quote-part de 35%, mais au maximum jusqu'à concurrence d'un montant de CHF 4'000 par année civile.
- 8.4 En cas de choix d'une autre division hospitalière pendant la durée d'un séjour, les assurés doivent participer aux coûts à la charge de l'assurance

Hôpital LIBERO générés sur la durée totale du séjour, lors d'un séjour partiel en division privée selon l'art. 8.3, ou sinon selon l'art. 8.2. Lors de plusieurs séjours hospitaliers durant une année civile, l'art. 8.5 est déterminant.

- 8.5 Si, lors de plusieurs séjours hospitaliers durant une année civile, les assurés optent non seulement pour la division mi-privée mais également pour la division privée d'un hôpital, ils doivent alors participer aux coûts générés à la charge de l'assurance Hôpital LIBERO pour le séjour en division mi-privée selon l'art. 8.2 et pour le séjour en division privée selon l'art. 8.3, mais au maximum jusqu'à concurrence d'un montant de CHF 4'000 par année civile.
- 8.6 Lors d'un séjour hospitalier de 30 jours maximum dont la durée dépasse la fin de l'année, la participation aux coûts n'est perçue qu'une seule fois et ce sur l'année civile du commencement de ce séjour hospitalier.
- 8.7 Si deux ou plusieurs assurés LIBERO liés par une relation relevant du droit de la famille et faisant ménage commun optent pour la division privée ou mi-privée lors de séjours hospitaliers, ils doivent alors participer, jusqu'à concurrence d'un montant maximum de CHF 4'000 par année civile, aux coûts générés à la charge de l'assurance Hôpital LIBERO.
- 8.8 Si les assurés optent pour une division hospitalière non reconnue par l'assureur selon l'art. 5.7, resp. séjournent dans une division commune non reconnue par l'assureur selon l'art. 5.7, les règles régissant la participation aux coûts s'appliquent alors conformément au classement reconnu par l'assureur.
- 8.9 Aucune participation aux coûts n'est perçue pour les prestations selon les art. 13, 14 et 16.

9 Adaptation des participations aux coûts

Compte tenu de l'évolution des coûts de la santé publique, l'assureur peut procéder à l'augmentation des montants maximaux des participations aux coûts selon l'art. 8 au premier jour de la prochaine période d'assurance. A cet effet, il doit communiquer les nouvelles conditions du contrat par écrit au preneur d'assurance au plus tard 25 jours avant l'entrée en vigueur des nouvelles conditions contractuelles. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de la période d'assurance en cours. S'il le fait, l'assurance s'éteint avec la fin de la période d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. Si le preneur d'assurance omet de procéder à la résiliation de l'assurance, il est alors censé avoir accepté l'adaptation de l'assurance.

IV. Prestations

10 Prestations hospitalières

Les prestations hospitalières sont accordées:

- 10.1 si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, il y a une nécessité de séjourner dans un hôpital;
- 10.2 pour l'hôpital de soins aigus ou le service spécialisé de médecine d'un hôpital, dans lequel l'assuré doit séjourner pour des raisons médicales.

11 Étendue des prestations

- 11.1 Si et aussi longtemps que les conditions relatives à l'octroi des prestations sont remplies, les prestations hospitalières couvrent les frais de séjour et de traitements scientifiquement reconnus dans un hôpital de soins aigus, ainsi que les frais de traitement des médecins en division commune, resp. en division mi-privée ou privée choisie, selon le tarif reconnu par l'assureur. En cas de séjour dans une division hospitalière non reconnue par l'assureur ou dans un hôpital dont les tarifs dépassent ceux reconnus par l'assureur pour la division hospitalière choisie, les tarifs maximaux seront tout au plus payés selon l'art. 5.7. La participation aux coûts des assurés selon l'art. 8 demeure réservée.
- 11.2 Si pour l'accouchement, la mère opte pour une division privée ou mi-privée d'un établissement hospitalier, resp. si elle séjourne en division commune dans un hôpital extra-cantonal, les frais non couverts pour le nouveau-né en bonne santé, qui est assuré dès sa naissance auprès de l'assureur, sont pris en charge par l'assurance Hôpital LIBERO de la mère.

12 Durée des prestations

- 12.1 En cas de traitement stationnaire dans un hôpital de soins aigus, les prestations assurées sont versées sans limite de durée, aussi longtemps qu'existe la nécessité de séjourner à l'hôpital.
- 12.2 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un autre hôpital, les prestations assurées sont versées aussi longtemps que le séjour dans la clinique psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un autre hôpital est nécessaire sur le plan médical et que la maladie n'est pas de nature chronique, mais tout au plus durant 180 jours dans un laps de temps de 365 jours consécutifs.

13 Cures balnéaires

- 13.1 En cas de cures balnéaires stationnaires, effectuées sur prescription médicale dans une station thermale suisse dirigée par un médecin et correspondant à l'art. 40 LAMal, une prestation pouvant aller jusqu'à CHF 30 par jour est octroyée. Cette contribution est également accordée lorsque la cure balnéaire stationnaire, prescrite par un médecin, a lieu dans

- une station thermale européenne reconnue par l'assureur, dirigée par un médecin, disposant du personnel professionnel requis et proposant une thérapie appropriée pour le traitement des patients de cures balnéaires.
- 13.2 Ces prestations ne sont accordées que si la cure a été précédée d'un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement, ou si un tel traitement ambulatoire ne peut être appliqué. De plus, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et des mesures balnéologiques/physiothérapeutiques reconnues scientifiquement en Suisse doivent être effectuées selon le plan de cure.
- 13.3 La prestation journalière assurée est versée au maximum pendant 21 jours par année civile.
- 14 Cures de convalescence**
- 14.1 Si un séjour de cure est médicalement nécessaire et ordonné par un médecin pour la guérison ou la convalescence consécutive à une maladie grave ou à une opération grave, une prestation pouvant aller jusqu'à CHF 30 par jour est octroyée.
- 14.2 La cure doit avoir lieu dans un établissement de cure suisse reconnu par l'assureur. L'assureur tient une liste constamment mise à jour des établissements de cure qu'il reconnaît. Elle peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.
- 14.3 Les prestations assurées sont versées au maximum pendant 21 jours par année civile.
- 15 Obligation de déclarer en cas de cure**
- L'ordonnance de cure, établie par un médecin, doit être présentée à l'assureur avant le début de la cure et faire mention de l'établissement de cure ou de la station thermale ainsi que de la date du début de la cure.
- 16 Aide familiale**
- 16.1 Si, en cas d'incapacité totale de tenir le ménage, attestée par le médecin, l'assuré doit, sur prescription médicale, faire appel à une aide familiale en raison de son état de santé et de circonstances personnelles et familiales, une prestation pouvant aller jusqu'à CHF 30 par jour est allouée pour les frais dûment justifiés et non couverts par l'assurance DIVERSA. Aucune prestation n'est versée si l'aide familiale est nécessaire en raison d'une maladie chronique.
- 16.2 Est considérée comme aide familiale la personne qui, à titre professionnel, pour son compte ou celui d'une organisation, s'occupe du ménage en lieu et place de l'assuré. La même contribution est accordée si une autre personne s'occupe du ménage en lieu et place de l'assuré malade et que les frais qui en découlent pour la personne qui s'occupe du ménage (perte de gain, frais, etc.) sont dûment justifiés.
- 16.3 La prestation journalière assurée est accordée au maximum 30 fois dans un laps de temps de 365 jours consécutifs.
- 16.4 Les prestations pour aide familiale ne sont allouées que jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge de 65 ans révolus.
- 16.5 Les prestations pour aide familiale ne sont pas accordées simultanément avec d'autres prestations de l'assurance Hôpital LIBERO.
- 17 Prestations à l'étranger**
- Aucune prestation de l'assurance Hôpital LIBERO n'est accordée à l'étranger. Les prestations pour cures balnéaires demeurent réservées.
- 18 Versement des prestations**
- 18.1 Le versement des prestations est régi par les dispositions de l'art. 33 CGA.
- 18.2 Si le canton de résidence, en contradiction avec l'art. 41 al. 3 LAMal, refuse de prendre en charge les frais supplémentaires découlant d'une hospitalisation extra-cantonale justifiée médicalement, l'assureur établit le décompte de ses prestations comme si le canton endossait le supplément des frais hors canton dans le cadre d'un séjour en division commune.
- 19 Prestations exclues**
- L'assurance Hôpital LIBERO n'octroie aucune prestation:
- 19.1 pour les traitements ambulatoires;
- 19.2 pour les frais de séjour supplémentaires de patients assurés en division commune qui séjournent dans une chambre à un ou deux lits, de même que pour les frais supplémentaires résultant du recours au libre choix du médecin par les patients assurés en division commune;
- 19.3 pour le traitement et le séjour dans des hôpitaux de soins aigus et des cliniques psychiatriques en raison d'un abus de drogues, de stupéfiants, d'alcool ou de médicaments ainsi que d'une maladie chronique;
- 19.4 pour les frais personnels (téléphone, frais de port, TV, radio, etc.);
- 19.5 pour les traitements dentaires qui ne font pas partie des prestations obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire des soins;
- 19.6 pour le traitement, les soins, la surveillance et le séjour dans un établissement médico-social et dans un home pour malades chroniques ou personnes âgées;
- 19.7 pour le traitement et le séjour en cas de transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) a convenu des forfaits par cas. Ceci est également valable pour les cliniques dans lesquelles aucun forfait par cas n'a été convenu;
- 19.8 pour les traitements dans les hôpitaux ne figurant pas sur la liste cantonale des hôpitaux (art. 39 al. 1

- let. e LAMal). L'assurance avec extension du choix de l'hôpital demeure réservée;
- 19.9 pour les traitements, pour lesquels il n'existe aucune obligation à prestation selon la législation fédérale suisse sur l'assurance-maladie, accidents, militaire et invalidité, ainsi que pour le traitement de leurs complications et séquelles;
- 19.10 pour les traitements dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés selon les méthodes scientifiques ainsi que pour le traitement de leurs complications et séquelles;
- 19.11 dans les cas mentionnés à l'art. 31 CGA.
- 21.3 Les prestations versées atteignent au plus le tarif maximal reconnu par l'assureur pour l'hôpital concerné.
- 21.4 Le passage de la variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital à une variante de couverture sans restriction du choix de l'hôpital est possible pour la première fois après une durée d'assurance de trois ans pour la fin d'une année civile, puis pour la fin de chaque année civile. Un délai de résiliation de 3 mois doit être observé dans tous les cas. Une nouvelle procédure d'admission au moyen d'une proposition d'assurance n'est pas nécessaire.

V. Variantes de l'assurance Hôpital LIBERO

20 Choix restreint de l'hôpital

- 20.1 Moyennant une réduction correspondante des primes, les assurés au bénéfice de l'assurance Hôpital LIBERO ont la possibilité de souscrire la variante impliquant un choix restreint de l'hôpital, dans la mesure où l'assureur propose une telle variante.
- 20.2 Dans la variante impliquant un choix restreint de l'hôpital, la couverture des prestations se limite aux hôpitaux de soins aigus, désignés par l'assureur. L'assureur tient une liste des hôpitaux de soins aigus qui peuvent être choisis dans cette variante. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.
- 20.3 En cas d'urgence ou si les prestations nécessaires ne peuvent pas être offertes dans les hôpitaux de soins aigus figurant sur la liste, les frais sont couverts intégralement.
- 20.4 Le passage de la variante impliquant un choix restreint de l'hôpital à une variante de couverture sans restriction du choix de l'hôpital est possible pour la première fois après une durée d'assurance de trois ans pour la fin d'une année civile, puis pour la fin de chaque année civile. Un délai de résiliation de 12 mois doit être observé dans tous les cas. Une nouvelle procédure d'admission au moyen d'une proposition d'assurance est nécessaire.

21 Extension du choix de l'hôpital

- 21.1 Moyennant une augmentation correspondante des primes, les assurés de l'assurance Hôpital LIBERO ont la possibilité de conclure la variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital, dans la mesure où l'assureur propose une telle variante.
- 21.2 Dans la variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital, l'assureur accorde également des prestations pour des séjours dans les hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux (art. 39 al. 1 let. e LAMal).



Digne de confiance

CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch