

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Optima Flex Varia

Assurance complémentaire pour l'hospitalisation avec choix de la division (privée, semi-privée ou commune) parmi une liste de fournisseurs de soins agréés

Article 1 – But de l'assurance et principes

1.1 L'assurance Optima Flex Varia couvre, aux conditions ci-après, les conséquences économiques d'un traitement stationnaire hospitalier consécutif à une maladie ou un accident et survenant durant la période pour laquelle l'assurance est conclue.

1.2 L'assuré peut choisir librement, pour chaque traitement stationnaire hospitalier, dans quelle division (privée, semi-privée ou commune) d'un établissement **agréé** par Assura SA il entend se faire soigner, et paie une participation aux coûts différente selon la division choisie.

1.3 La prise en charge d'un traitement stationnaire hospitalier et des soins médicaux au sens de la présente assurance est assumée sans limite de durée.

1.4 Est considérée comme un seul traitement stationnaire hospitalier un séjour ininterrompu au sein d'un ou de plusieurs établissements agréés (séjour de réadaptation compris).

1.5 La couverture du risque « accidents » peut être incluse contractuellement moyennant surprime. Si la couverture du risque « accidents » n'est pas souscrite, les prestations de la présente assurance ne sont pas octroyées en cas de traitement stationnaire hospitalier lié à un accident ou à ses suites (notamment en cas de rechute ou d'effet tardif). L'assuré qui souhaite inclure le risque « accidents » en cours de contrat doit remplir un questionnaire médical fourni par Assura SA. Celle-ci se réserve alors le droit d'accepter ou de refuser la couverture du risque, de demander un examen médical auprès de son médecin-conseil, ou de formuler des réserves.

1.6 Pour le surplus, les conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire d'Assura SA sont applicables dans la mesure où les présentes conditions spéciales n'y dérogent pas.

Article 2 – Conditions de prise en charge

2.1 L'assuré qui doit être hospitalisé informe Assura SA, par écrit, **avant l'hospitalisation**, de la division dans laquelle il souhaite séjourner. L'information doit être communiquée à Assura SA au plus tard le jour précédant le début de l'hospitalisation ou, en cas d'urgence, au plus tard le jour de l'admission.

2.2 À défaut de choix préalablement formulé **clairement et par écrit**, l'assuré ne peut prétendre qu'à la prise en charge d'une hospitalisation en chambre commune. Il en va de même lorsque l'assuré n'est pas lui-même en mesure de choisir pour des raisons médicales la division lors de son admission.

2.3 Les prestations ne sont versées qu'en cas de traitement stationnaire hospitalier médicalement nécessaire, notamment pour autant qu'il soit **efficace, approprié et économique**.

2.4 Il incombe à l'assuré de se renseigner, avant son hospitalisation, si le fournisseur de soins qu'il a choisi est agréé par l'assureur au sens de l'article 7 ci-après.

2.5 Les prestations sont versées uniquement lorsqu'une assurance sociale (notamment l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal ou l'assurance-accidents selon la LAA) intervient et en complément de celle-ci.

2.6 L'assurance ne couvre pas les participations aux coûts qui incombent à l'assuré au titre de la LAMal (quote-part, franchise et contribution aux frais de séjour).

2.7 L'assurance est subsidiaire à la participation cantonale aux frais d'hospitalisation due en vertu de la LAMal.

Article 3 – Les soins durant l'hospitalisation

3.1 Assura SA assume la prise en charge des actes médicaux et paramédicaux nécessaires à l'assuré pendant son hospitalisation lorsque ces soins sont prodigués par un fournisseur de soins agréé par Assura SA.

3.2 Si l'assuré n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé par Assura SA, les frais de traitement non couverts par une assurance sociale sont remboursés à hauteur d'un montant maximal de CHF 300 par jour.

Article 4 – Le séjour hospitalier

4.1 Assura SA assume la prise en charge du séjour hospitalier et de l'encadrement médical et paramédical forfaitaire facturés par un établissement hospitalier agréé, en fonction de la division choisie par l'assuré avant son séjour.

4.2 Pour les établissements hospitaliers non agréés, les frais hôteliers non pris en charge par une assurance sociale sont couverts jusqu'à concurrence d'un montant maximal de CHF 200 par jour.

Article 5 – Participations aux coûts et indemnités

5.1 En fonction de la division choisie pour son traitement stationnaire hospitalier, l'assuré participe aux coûts à hauteur des montants suivants :

Division choisie	Participation de l'assuré
Division commune	CHF 0
Division semi-privée	CHF 100 / jour durant 15 jours au maximum par année civile
Division privée	CHF 300 / jour durant 15 jours au maximum par année civile

5.2 Si au cours d'une année civile, l'assuré subit plusieurs traitements stationnaires hospitaliers dans des divisions différentes, les participations dues pour la division semi-privée et privés sont cumulées jusqu'à hauteur d'un montant maximal de CHF 4'500.

5.3 L'assuré hospitalisé en division commune d'un établissement agréé peut bénéficier d'une indemnité de CHF 250 par jour d'hospitalisation, durant 15 jours au maximum par année civile, **pour autant qu'il en fasse la demande écrite à Assura SA avant son hospitalisation ou au plus tard dans les trois mois qui suivent la fin de son hospitalisation.**

5.4 Dans le calcul du nombre de jours d'hospitalisation soumis à participation, le jour d'entrée et le jour de sortie sont considérés comme des jours entiers, lorsqu'ils sont facturés par l'établissement hospitalier.

5.5 En cas de recours à des prestataires de soins non agréés au sens des articles 3.2 et 4.2, aucune participation au sens de l'article 5.1 n'est prélevée et aucune indemnité au sens de l'article 5.3 n'est versée.

Article 6 – Les traitements à l'étranger

6.1 En dérogation à l'article 2.4, moyennant l'accord préalable d'Assura SA, celle-ci peut participer aux frais d'une hospitalisation à l'étranger à hauteur d'un montant maximal de CHF 500 par jour, durant deux jours au maximum, pour autant qu'aucune assurance sociale n'intervienne. Dans ce cas, aucune participation au sens de l'article 5.1 n'est prélevée et aucune indemnité au sens de l'article 5.3 n'est versée.

6.2 Les hospitalisations d'urgence à l'étranger ne sont pas couvertes par la présente assurance.

Article 7 – La liste des fournisseurs de soins agréés

7.1 Seuls les fournisseurs de soins agréés par Assura SA peuvent être appelés à dispenser des soins, prodiguer des traitements ou accueillir des patients. À cet effet, l'assureur s'engage à remettre à l'assuré une liste à jour des **fournisseurs de soins agréés (notamment établissements hospitaliers et / ou médecins)**. La liste peut également être obtenue gratuitement et en tout temps auprès d'Assura SA.

7.2 Assura SA peut modifier la liste des fournisseurs de soins agréés en cours de contrat. Dans le délai d'un mois à compter du moment où il a été informé d'une modification de la liste des fournisseurs de soins agréés, l'assuré peut demander d'étendre sa couverture d'assurance à la catégorie d'assurance complémentaire Ultra Varia, sans remplir de questionnaire médical, moyennant l'adaptation correspondante de sa prime.

Article 8 – La prime d'assurance

8.1 Les primes d'assurance sont définies en fonction de l'âge, du canton de domicile et du sexe de l'assuré.

8.2 L'adaptation de la prime en fonction de l'âge s'opère le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge anniversaire de 6, 11, 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86, 91, 96 ans.

8.3 L'adaptation de la prime en fonction du domicile de l'assuré s'opère avec effet au moment du changement de domicile. Si l'assuré omet d'aviser Assura SA ou le fait tardivement, Assura SA peut adapter la prime avec effet rétroactif.

8.4 En cas d'augmentation de la prime en fonction de l'âge, l'article 10 des conditions générales est applicable.

8.5 En cas d'augmentation de la prime en fonction du domicile, l'assuré dispose du droit de résilier la présente couverture d'assurance au plus tard dans les trois mois qui suivent l'avis de la nouvelle prime ; la démission sera effective le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la résiliation.

Article 9 – La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA