

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

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

Optima Varia

Assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique, avec limitation du choix de l'établissement et prime évolutive selon l'âge réel de l'assuré

Article 1 – Le traitement hospitalier (chambre à deux lits)

1.1 En division privée d'un établissement agréé par Assura SA et en complément des prestations prises en compte par l'assurance obligatoire des soins, l'assureur assume la prise en charge, au sens des articles 2 et 3 ci-après, du traitement et du séjour hospitalier. Lorsque l'établissement utilise le terme de « demi-privé », c'est cette notion qui s'applique.

1.2 La prise en charge du traitement et du séjour est assumée sans limite de durée.

1.3 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile.

1.4 Cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de résidence de l'assuré.

1.5 Lorsque l'assuré choisit délibérément en lieu et place de la division privée de séjourner en division générale d'un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, Assura SA lui alloue une indemnité journalière d'hospitalisation de CHF 100, mais au maximum un montant de CHF 1'000.

Article 2 – Les soins médicaux

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

2.2 Si l'assuré n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé, les frais de traitement sont remboursés jusqu'à CHF 300 par jour.

2.3 L'encadrement paramédical facturé forfaitairement est pris en charge au titre du séjour hospitalier (art. 3 ci-après).

Article 3 – Le séjour hospitalier

3.1 Assura SA assume la prise en charge du séjour hospitalier (chambre à deux lits) et de l'encadrement médical forfaitaire facturés par un établissement hospitalier agréé.

3.2 Lorsqu'un assuré ayant souscrit cette couverture est hospitalisé en chambre à un lit, il assume la différence des frais résultant de ce choix.

3.3 Pour les établissements hospitaliers non agréés, les frais hôteliers sont couverts jusqu'à concurrence de CHF 200 par jour.

Article 4 – Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation par année civile de CHF 500.

Article 5 – Les traitements à l'étranger

Sur accord préalable d'Assura SA et de son médecin-conseil, le traitement à l'étranger est pris en charge lorsque son coût est inférieur à celui facturé selon le tarif usuel semi-privé applicable dans le canton de domicile de l'assuré.

Article 6 – L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

Article 7 – La liste des fournisseurs de soins agréés

7.1 Les prestations de la présente catégorie d'assurance étant garanties en nature et non en espèces, 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.

7.2 Dans le délai d'un mois à compter du moment où il a connaissance d'une modification de la liste des fournisseurs de soins agréés, l'assuré peut demander l'étendue de sa couverture d'assurance à la catégorie d'assurance complémentaire Ultra Varia, moyennant l'adaptation correspondante de sa prime.

Article 8 – L'urgence et la nécessité médicale

L'assuré qui n'est pas en mesure de choisir un fournisseur de soins agréé par suite d'urgence ou de nécessité médicale peut prétendre au remboursement des prestations à concurrence de ce qu'Assura SA aurait assumé comme prise en charge en circonstance normale.

Article 9 – La prime d'assurance

9.1 En dérogation de l'article 12 des CGA, la prime d'assurance varie en fonction de l'âge réel de l'assuré.

9.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1^{er} janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 et 91 ans.

Article 10 – 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

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

Optima Plus Varia

Assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique, avec limitation du choix de l'établissement et prime évolutive selon l'âge réel de l'assuré

Article 1 – Le traitement hospitalier (chambre à 1 lit)

1.1 En division privée d'un établissement agréé par Assura SA et en complément des prestations prises en compte par l'assurance obligatoire des soins, l'assureur assume la prise en charge, au sens des articles 2 et 3 ci-après, du traitement et du séjour hospitalier.

1.2 La prise en charge du traitement et du séjour est assumée sans limite de durée.

1.3 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile.

1.4 Cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de résidence de l'assuré.

1.5 Lorsque l'assuré choisit délibérément en lieu et place de la division privée de séjourner en division générale d'un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, Assura SA lui alloue une indemnité journalière d'hospitalisation de CHF 100, mais au maximum un montant de CHF 1'000.

Article 2 – Les soins médicaux

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

2.2 Si l'assuré n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé, les frais de traitement sont remboursés jusqu'à CHF 300 par jour.

2.3 L'encadrement paramédical facturé forfaitairement est pris en charge au titre du séjour hospitalier (art. 3 ci-après).

Article 3 – Le séjour hospitalier

3.1 Assura SA assume la prise en charge du séjour hospitalier (chambre à 1 lit) et de l'encadrement médical forfaitaire facturés par un établissement hospitalier agréé.

3.2 Pour les établissements hospitaliers non agréés, les frais hôteliers sont couverts jusqu'à concurrence de CHF 300 par jour.

Article 4 – Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation par année civile de CHF 1'000.

Article 5 – Les traitements à l'étranger

Sur accord préalable d'Assura SA et de son médecin-conseil, le traitement à l'étranger est pris en charge lorsque son coût est inférieur à celui facturé selon le tarif usuel privé applicable dans le canton de domicile de l'assuré.

Article 6 – L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

Article 7 – La liste des fournisseurs de soins agréés

7.1 Les prestations de la présente catégorie d'assurance étant garanties en nature et non en espèces, 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.

7.2 Dans le délai d'un mois à compter du moment où il a connaissance d'une modification de la liste des fournisseurs de soins agréés, l'assuré peut demander l'étendue de sa couverture d'assurance à la catégorie d'assurance complémentaire Ultra Varia, moyennant l'adaptation correspondante de sa prime.

Article 8 – L'urgence et la nécessité médicale

L'assuré qui n'est pas en mesure de choisir un fournisseur de soins agréé par suite d'urgence ou de nécessité médicale peut prétendre au remboursement des prestations à concurrence de ce qu'Assura SA aurait assumé comme prise en charge en circonstance normale.

Article 9 – La prime d'assurance

9.1 En dérogation de l'article 12 des CGA, la prime d'assurance varie en fonction de l'âge réel de l'assuré.

9.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1^{er} janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 et 91 ans.

Article 10 – 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

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

Ultra Varia

Assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée ou en clinique, avec prime évolutive selon l'âge réel de l'assuré

Article 1 – Le traitement hospitalier

1.1 Lors d'une hospitalisation en division privée d'un hôpital public ou dans une clinique qui figure dans la planification hospitalière d'un canton suisse, et en complément des prestations prises en compte par l'assurance obligatoire des soins, Assura SA indemnise les frais de traitement et les frais hôteliers. Cependant, cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de résidence de l'assuré.

1.2 Lesdites prestations sont allouées sans limite de durée.

1.3 Sur autorisation de l'assuré et en conformité d'un accord administratif, les prestations peuvent être versées directement aux fournisseurs de soins qui en font la demande en temps utile.

1.4 Assura SA se réserve expressément le droit de subordonner l'octroi des prestations à l'établissement d'un devis détaillé permettant de contrôler le respect du caractère économique du traitement. Par analogie, l'article 56 de la LAMal est applicable.

1.5 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile.

1.6 Lorsque l'assuré choisit délibérément en lieu et place de la division privée de séjourner en division générale d'un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, Assura SA lui alloue une indemnité journalière d'hospitalisation de CHF 150, mais au maximum un montant de CHF 1'500. Dite indemnité s'élève à CHF 50, mais au maximum à CHF 500, lorsque le séjour hospitalier a lieu dans un établissement figurant sur la liste des établissements agréés au sens des catégories Optima et Optima Plus.

Article 2 – Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation par année civile de CHF1'000.

Article 3 – Les traitements à l'étranger

Sur accord préalable d'Assura SA et de son médecin-conseil, le traitement à l'étranger est pris en charge lorsque son coût est inférieur à celui facturé selon le tarif usuel privé applicable dans le canton de domicile de l'assuré.

Article 4 – L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

Article 5 – La prime d'assurance

5.1 En dérogation de l'article 12 des CGA, la prime d'assurance varie en fonction de l'âge réel de l'assuré.

5.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1^{er} janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 et 91 ans.

Article 6 – 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