

Conditions complémentaires (CC)

Assurance-maladie complémentaire Basic (LCA) - traitements ambulatoires, médecine complémentaire, Hôpital

A noter:

- Les désignations de personnes s'appliquent dans le présent document de façon générale aux deux sexes. Il est fait usage du terme générique pour des raisons de lisibilité.
- La version originale des présentes Conditions est la version en allemand. Les autres versions, en d'autres langues, sont des traductions. En cas d'éventuels problèmes d'interprétation, le texte allemand fait foi.

De quoi se compose l'assurance-maladie complémentaire Basic?

L'assurance-maladie complémentaire Basic comprend les assurances

- Basic Traitements ambulatoires
- Basic Médecine complémentaire
- Basic Hôpital

Rabais pour absence de sinistre (valable pour les nouvelles conclusions à partir du 1er janvier 2020)

Le rabais pour absence de sinistre est une réduction de la prime pour les années d'assurance sans prestations, qui est accordée sous forme d'un rabais de 20% du tarif de prime en vigueur. Il est calculé de la façon suivante:

si la personne assurée touche, durant la période d'observation (du 1er juillet de l'année précédente au 30 juin de l'année en cours), des prestations pour des séjours stationnaires à la charge de l'assurance-maladie complémentaire Basic, elle ne reçoit pas ou perd le rabais pour absence de sinistre existant, au 1er janvier de l'année suivante: s'il ne lui est pas alloué de prestations pour séjours stationnaires au titre de l'assurance Basic durant la (nouvelle) période d'observation qui suit, elle bénéficie du rabais pour absence de sinistres de 20% au 1er janvier de l'année qui suit.

La date déterminante est celle du décompte des prestations allouées.

Lorsque plusieurs décomptes sont effectués, concernant le même séjour stationnaire, pendant des périodes d'observation différentes, le rabais pour absence de sinistre n'est supprimé que pour un an.

Les preneurs d'assurance qui concluent l'assurance Basic jusqu'au 31 mars obtiennent le rabais pour absence de sinistres dès le 1er janvier de l'année suivante (période d'observation réduite), pour autant qu'ils n'aient pas eu recours à des prestations stationnaires de cette assurance durant cette période.

Les preneurs d'assurance qui concluent une assurance Basic à partir du 1er avril ne bénéficient du rabais pour absence de sinistres qu'à partir du 1er janvier de la deuxième année.

Lorsqu'un rabais pour absence de sinistre de 20% ne peut plus être justifié pour le produit, du point de vue actuariel, Visana Assurances SA est autorisée à réduire ou à supprimer le rabais pour la fin de l'année civile.

Visana Assurances SA communique les réductions ou les suppressions de rabais au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur. Les personnes assurées ont alors le droit de résilier la couverture d'assurance concernée par la réduction ou la suppression

du rabais, pour la fin de l'année calendaire en cours. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Visana Assurances SA au plus tard le dernier jour de travail de l'année civile. En ne résiliant pas votre contrat, vous acceptez tacitement la modification.

Rabais familial (valable pour les nouvelles conclusions à partir du 1er janvier 2020)

Le deuxième enfant et tous les suivants obtiennent un rabais de 50% sur la prime, jusqu'à l'âge de 18 ans révolus. Le rabais n'est accordé que si au moins deux enfants disposent d'une assurance-maladie complémentaire auprès de Visana Assurances SA. Lorsque le 1er enfant atteint l'âge de 18 ans, le 2e enfant est considéré comme le 1er et n'a donc plus droit au rabais.

Lorsqu'un rabais familial de 50% ne peut plus être justifié pour le produit, du point de vue actuariel, Visana Assurances SA est autorisée à réduire ou à supprimer le rabais pour la fin de l'année civile.

Visana Assurances SA communique les réductions ou les suppressions de rabais au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur. Les personnes assurées ont alors le droit de résilier la couverture d'assurance concernée par la réduction ou la suppression du rabais, pour la fin de l'année calendaire en cours. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Visana Assurances SA au plus tard le dernier jour de travail de l'année civile. En ne résiliant pas votre contrat, vous acceptez tacitement la modification.

I Assurance Basic Traitements ambulatoires

Les présentes conditions complémentaires font partie intégrante du contrat d'assurance. Nous renvoyons expressément les parties contractantes aux Conditions générales du contrat d'assurance de l'assurance-maladie complémentaire Basic.

Que comprend l'assurance?

Sont assurés dans le cadre de Basic Traitements ambulatoires:

A. Les contributions aux traitements, examens et mesures préventives ambulatoires de même qu'aux

médicaments et moyens auxiliaires en complément à l'assurance obligatoire des soins

- B. L'assurance de voyage Vacanza** de la Visana Assurances SA pour huit semaines par voyage
- C. L'assurance Assistance** de la Visana Assurances SA pour l'aide immédiate, prestations 24 heures sur 24 sur le territoire national.

1. Généralités

1.1 Quelles conditions doivent être remplies?

Les prestations de l'assurance Basic Traitements ambulatoires sont versées pour des mesures diagnostiques et thérapeu-

tiques, médicaments et moyens auxiliaires efficaces, appropriés et économiques.

Les prestations sont versées exclusivement en complément à l'assurance obligatoire des soins. Les frais couverts par l'assurance obligatoire des soins de même que les participations aux coûts découlant de l'assurance obligatoire des soins ne sont pas compris dans l'assurance Basic Traitements ambulatoires, que le patient soit affilié ou non à l'assurance obligatoire. Dans tous les cas, l'assurance rembourse au plus les frais effectifs. Il n'est pas possible d'exclure le risque d'accidents de la couverture d'assurance.

2. Prestations d'assurance

Les prestations à partir de Basic Traitements ambulatoires sont calculées sur la base des frais de traitement non couverts par l'assurance obligatoire des soins.

Les prestations de l'assurance obligatoire sont calculées en premier. Les pourcentages indiqués ci-après se rapportent à la part restante des frais du traitement.

Basic Traitements ambulatoires		Dispositions particulières
<p>Médicaments (prescrits par un médecin)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Médicaments admis pour l'indication en question par Swissmedic, Institut suisse des produits thérapeutiques <p>Aucune contribution aux préparations mentionnées dans la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA), ainsi que les médicaments de la liste des médicaments de la Visana (cf. chiffre 3.5 des CGA)</p>	90 %	chiffre 3.1
<p>Chirurgie esthétique</p> <p>Correction des oreilles décollées selon tarif local usuel</p>	90 %	
<p>Stérilisation/Vasectomie (selon tarif local usuel)</p>	90 %	
<p>Psychothérapie non médicale</p> <p>Montant par séance:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. série de 20 séances 2. série de 40 séances 	CHF 60.– CHF 50.–	chiffre 3.2
<p>Interventions de chirurgie dentaire (selon le tarif valable pour l'assurance obligatoire des soins)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Excision de bride/frein labial ■ Résection apicale ■ Extraction dentaire avec séparation ou ouverture ■ Extraction d'une dent incluse ■ Extraction chirurgicale de dents de sagesse (y compris anesthésie, radiographies nécessaires et traitement subséquent) montant maximal par année civile 	25 % CHF 500.–	
<p>Orthodontie (correction de la position des dents)</p> <p>(selon le tarif valable pour l'assurance obligatoire des soins)</p> <p>Montant maximal par personne assurée (diagnostic, planification, traitement y compris appareils et contrôles ultérieurs jusqu'à la fin du traitement)</p>	80 % CHF 10'000.–	
<p>Moyens auxiliaires et appareils (prescrits par un médecin)</p> <p>Contribution à l'achat ou à la location en complément à l'assurance sociale (LAMal, LAA, AI, AVS, PC, AM)</p> <p>montant maximal par année civile</p>	90 % CHF 1'000	chiffre 3.3
<p>Verres de lunettes et lentilles de contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans montant maximal par année civile ■ Adultes montant maximal tous les trois ans <p>Verres de lunettes/lentilles de contact avec une correction supérieure à 10 dioptries</p> <p>montant maximal par année civile</p>	90 % CHF 200.– 90 % CHF 200.– 90 % CHF 750.–	

Basic Traitements ambulatoires		Dispositions particulières
Aucune prestation pour les frais de monture de lunettes et d'adaptation des lentilles de contact		
Aide ménagère et soins à domicile Contribution par jour pendant 30 jours au maximum par année civile Contribution par jour pendant 30 autres jours au maximum par année civile	CHF 50.– CHF 25.–	chiffre 3.4
Maternité Examens de contrôle et échographie (selon le tarif valable pour l'assurance obligatoire des soins)	90 %	
Examen préventif/Check-up Examen gynécologique de prévention (selon le tarif valable pour l'assurance obligatoire des soins) Check-up tous les trois ans (selon le tarif valable pour l'assurance obligatoire des soins) montant maximal	90 % 90 % CHF 300.–	
Vaccinations de protection et pour les voyages (selon le tarif valable pour l'assurance obligatoire des soins) montant maximal par année civile	90 % CHF 200.–	
Frais de transport et de voyage Transports de malades médicalement nécessaires jusqu'à l'établissement hospitalier le plus proche (selon le tarif valable pour l'assurance obligatoire des soins) montant maximal par année civile Frais de voyage montant maximal par année civile	90 % CHF 20'000.– 50% CHF 2'000.–	chiffre 3.5
Frais de recherche, de dégagement et de sauvetage montant maximal par année civile Pour les dégagements de cadavres, les frais de transport sont pris en considération jusqu'à la mise en bière	90 % CHF 25'000.–	chiffre 3.6
Etranger Prestations de l'assurance de voyage Vacanza pendant huit semaines par voyage Aucune prestation n'est versée si l'assuré se rend à l'étranger pour y suivre un traitement.	oui	

3. Dispositions diverses

3.1 Médicaments

Si l'Office fédéral de la santé publique a limité dans la liste des spécialités la remise d'un médicament pour lutter contre les abus, la Visana Assurances SA ne verse aucune prestation de l'assurance Basic Traitements ambulatoires pour les retraits supérieurs à la limite prévue.

Si l'Office fédéral de la santé publique fixe pour un médicament un montant maximal pour son remboursement par l'assurance obligatoire des soins, la différence éventuelle par rapport au prix d'achat n'est pas prise en charge par l'assurance Basic Traitements ambulatoires.

La Visana Assurances SA peut réduire ses prestations lorsque les prix et les augmentations de prix des fabricants dépassent les normes habituelles (p. ex. lorsqu'ils sont supérieurs aux recommandations de la commission fédérale des médicaments). Elle peut agir de même en cas de marges bénéficiaires exagérées en faveur des médecins, des pharmaciens ou des établissements hospitaliers.

Cette réduction ne pourra être réalisée qu'au moment où les négociations avec les fabricants et les médecins, pharmaciens ou les établissements hospitaliers n'ont donné aucun résultat.

3.2 Psychothérapie non médicale

Les prestations sont versées uniquement pour les traitements réalisés chez des psychothérapeutes non-médecins, admis comme fournisseurs de prestations pour l'assurance obligatoire des soins.

Jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions de l'assurance obligatoire des soins sur les prestations pour les traitements donnés par des psychothérapeutes non-médecins, la Visana Assurances SA alloue ses prestations pour autant que la thérapie soit prodiguée par un psychothérapeute agréé par la Visana Assurances SA. La Visana Assurances SA tient une liste des psychothérapeutes agréés. Vous pouvez consulter cette liste ou en demander un extrait.

Ces prestations de l'assurance Basic Traitements ambulatoires disparaissent après l'entrée en vigueur des dispositions de l'assurance obligatoire des soins.

3.3 Moyens auxiliaires et appareils

Pour les moyens auxiliaires onéreux et réutilisables, il convient de demander une garantie de paiement avant d'en faire l'acquisition (CGA chiffre 8.1). La Visana Assurances SA a le droit de fournir de tels moyens auxiliaires pour leur utilisation ou d'en négocier la distribution.

3.4 Aide ménagère et soins à domicile

Pour l'aide ménagère, les prestations pour travaux ménagers quotidiens sont versées dans la mesure où le médecin a établi une ordonnance y relative et que les travaux sont réalisés par

- le personnel d'une organisation de soins à domicile ou
- par une personne n'appartenant pas au cercle des proches parents ou
- par une personne ne vivant pas en ménage commun.

Sont réputés proches parents les partenaires (conjoints ou concubins), parents, enfants et leurs partenaires ainsi que les frères et sœurs et leurs partenaires.

Si l'activité lucrative d'un proche parent est interrompue ou abandonnée en raison des soins donnés à la personne assurée, la Visana Assurances SA alloue également les contributions.

Concernant les soins à domicile, les contributions sont versées lorsque ces soins permettent d'éviter ou d'abrèger un séjour hospitalier ou de réadaptation pour autant qu'ils aient été prescrits par un médecin et qu'ils soient prodigués par un personnel soignant formé en conséquence.

3.5 Frais de voyage

La Visana Assurances SA verse des contributions aux frais de voyage lorsque le patient doit suivre une série de traitements spéciaux ambulatoires qui ne peuvent être réalisés que dans des centres précis, éloignés du domicile (p. ex. clinique universitaire). Il s'agit en particulier des hémodialyses, des traitements consécutifs à une paralysie, des radiothérapies pour le traitement du cancer.

Les frais sont remboursés en fonction des frais de voyage en 2e classe d'un moyen de transport public ou à raison de CHF –.60 par km pour les moyens de transport privés (taxi inclus).

3.6 Frais de sauvetage

Le sauvetage se distingue de la notion globale de transport par le fait que la personne assurée doit être libérée d'une situation mettant sa vie en danger.

3.7 Assurance de voyage Vacanza

L'assurance de voyage Vacanza prend en charge les frais non couverts, en cas d'accident ou de maladie subis durant un séjour à l'étranger, pendant huit semaines au plus par voyage. L'assurance est valable dans le monde entier, hors des frontières de la Suisse. Cette couverture d'assurance comprend en outre un service d'aide immédiate et une assurance de protection juridique.

La protection d'assurance devient caduque en cas de suppression de l'assurance obligatoire des soins et/ou de transfert du domicile à l'étranger.

L'étendue des prestations et les conditions figurent dans les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA) LCA 2014 pour l'assurance de voyage Vacanza de la Visana Assurances SA.

3.8 Prestations de l'aide immédiate Assistance

L'organisation d'aide immédiate Assistance de la Visana Assurances SA est un service de conseil et de mesures en cas d'urgence en Suisse. Les prestations de secours sont fournies 24 heures sur 24 et consistent essentiellement en l'organisation et la coordination des mesures nécessaires.

L'étendue des prestations et les conditions figurent dans les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA) 2012 ré-

gissant les prestations de services de «Visana Assistance CH» de la Visana Assurances SA.

3.9 Font partie intégrante de l'assurance Basic Traitements ambulatoires:

CGA LCA 2014 Assurance de voyage Vacanza de la Visana Assurances SA CGA 2012 régissant les prestations de services de «Visana Assistance CH» de la Visana Assurances SA.

II Assurance Basic Médecine complémentaire

Les présentes conditions complémentaires font partie intégrante du contrat d'assurance. Nous renvoyons expressément les parties contractantes aux Conditions générales du contrat d'assurance de l'assurance-maladie complémentaire Basic.

Que peut-on assurer?

L'assurance Basic Médecine complémentaire comprend: des contributions aux frais de traitement, forme de thérapie et médicament de la médecine complémentaire, prodigués de façon ambulatoire et hospitalière.

1. Généralités

1.1 Quelles conditions doivent être remplies?

Les prestations de l'assurance Basic Médecine complémentaire sont versées pour des mesures diagnostiques et thérapeutiques et des médicaments efficaces, appropriés et économiques du secteur de la médecine complémentaire.

Les prestations sont versées exclusivement en complément à l'assurance obligatoire des soins. Les frais couverts par l'assurance obligatoire des soins de même que les participations aux coûts découlant de l'assurance obligatoire des soins ne sont pas compris dans l'assurance Basic Médecine complémentaire, que le patient soit affilié ou non à l'assurance obligatoire. Dans tous les cas, l'assurance rembourse au plus les frais effectifs.

Les prestations de l'assurance Basic Médecine complémentaire sont allouées en Suisse et dans les territoires frontaliers (jusqu'à 100 km dès la frontière suisse). Les mêmes contributions sont versées pour les traitements d'urgence prodigués à l'étranger par des médecins et thérapeutes officiellement reconnus.

Sont admis comme fournisseurs de prestations les médecins porteurs du diplôme fédéral ainsi que les naturopathes et thérapeutes agréés. Par naturopathes et thérapeutes agréés, Visana Assurances SA entend les personnes qui, pour la forme de thérapie/mesure thérapeutique appliquée, remplissent les critères de reconnaissance spécifiques élaborés pour chaque forme de thérapie/mesure par Visana Assurances SA en collaboration avec des médecins et des thérapeutes.

Les formes de thérapie reconnues figurent sur une liste séparée. Vous pouvez consulter cette liste ou en demander un extrait.

Elle est également publiée sur le site Internet de Visana. Cette liste est soumise au droit d'adaptation de Visana Assurances SA réservé sous chiffre 7.1 des CGA.

Visana Assurances SA tient la liste des naturopathes et thérapeutes qu'elle reconnaît au sens des dispositions ci-avant. Cette liste est à la disposition des assurés qui peuvent la consulter ou en obtenir un extrait.

2. Catalogue des prestations

Basic Médecine complémentaire		Dispositions particulières
Contribution maximale par année civile pour toutes les prestations présentées ci-après, au total	CHF 4'000.-	
Medecins (titulaires du diplôme fédéral) Formes de thérapie figurant dans la liste	90 %	
Naturopathes et autres thérapeutes ■ reconnus par la Visana Assurances SA: Pour les formes de thérapie figurant dans la liste	90 %	
Médicaments ■ prescrits par un médecin ■ prescrits par un naturopathe reconnu par la Visana Assurances SA	90 % 90 %	chiffre 3.1

3. Dispositions particulières

3.1 Médicaments

Les prestations sont versées pour les

- préparations anthroposophiques
- préparations biologiques
- préparations homéopathiques
- préparations oligosoles
- préparations phytothérapeutiques
- préparations sérocytoles

Aucune contribution aux préparations mentionnées dans la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LP-PA), ni aux préparations déclarées et employées comme compléments alimentaires.

3.2 Prestations exclues

Aucune prestation n'est versée pour les formes thérapeutiques suivantes:

- Astrologie
- Formes thérapeutiques ésotériques comme la guérison par l'esprit
- Traitement à distance
- Imposition des mains
- Magnétopathie
- Reiki

Par ailleurs, les activités servant avant tout à augmenter le bien-être général ne sont pas assurées (p. ex. yoga, tai-chi, aérobie, etc.).

III Assurance Basic Hôpital

Les présentes conditions complémentaires font partie intégrante du contrat d'assurance. Nous renvoyons expressément les parties contractantes aux Conditions générales du contrat d'assurance de l'assurance-maladie complémentaire Basic.

Que comprend l'assurance?

Sont assurés dans le cadre de Basic Hôpital:

Les frais de **séjour dans un hôpital** pour cas aigus en Suisse, dans la division hospitalière assurée, en complément à l'assurance obligatoire des soins.

La couverture comprend l'assurance de voyage Vacanza pendant huit semaines ainsi que l'assurance Assistance pour les prestations d'aide immédiate 24 h sur 24 en Suisse.

Quelles sont les variantes proposées par l'assurance Basic Hôpital?

L'assurance Basic Hôpital comprend quatre variantes de base:

- Basic Hôpital division commune
- Basic Hôpital division mi-privée
- Basic Hôpital division privée Europe
- Basic Hôpital division privée Monde

Participation aux coûts à option

En payant vous-même une participation aux coûts par année civile pour les séjours dans un hôpital pour cas aigus, vous bénéficiez d'une réduction de prime.

Participations possibles:

- CHF 1'000.-
- CHF 2'000.-
- CHF 5'000.-
- CHF 10'000.-

La participation aux coûts choisie est prélevée pour les séjours dans un hôpital pour cas aigus et une seule fois par année civile. Pour chaque journée d'hospitalisation, 1/10 du montant de la participation aux coûts est pris en compte.

Le 50 % de la participation aux coûts est perçu lorsque les assurés privés sont soignés en division mi-privée. Les assurés privés et mi-privés ne paient pas la participation choisie si le traitement a lieu en chambre commune.

Si un séjour dans un hôpital pour cas aigus se prolonge au-delà de la fin de l'année, la participation aux coûts n'est prélevée qu'une seule fois. Le montant de la participation est réparti proportionnellement sur les deux années.

La participation aux coûts peut être fixée ou majorée pour le début de chaque mois. Lorsque la participation aux coûts est conclue ou majorée dans le courant de l'année, elle est due intégralement pour cette année civile.

La suppression ou la réduction de la participation aux coûts n'est possible qu'en fin d'année civile et moyennant un délai de résiliation de trois mois. Une telle mutation ou suppression constitue une augmentation d'assurance et fait l'objet d'un examen des risques.

1. Généralités

1.1 Quelles conditions doivent être remplies?

Les prestations de l'assurance Basic Hôpital sont allouées pour les mesures diagnostiques et thérapeutiques efficaces, adéquates et économiques ainsi que pour les frais de logement et de nourriture dans un hôpital pour cas aigus de Suisse. Les séjours dans un hôpital pour cas aigus à l'étranger sont couverts selon la catégorie assurée, pour autant qu'il s'agisse d'un cas d'urgence et que vous ne vous rendiez pas à l'étranger dans le but d'y suivre un traitement.

Les prestations sont allouées, à condition qu'un séjour à l'hôpital pour cas aigus soit nécessaire (c'est-à-dire que le diagnostic et l'ensemble des mesures prises justifient le séjour dans un hôpital pour cas aigus) et pendant qu'il y a nécessité d'hospitalisation dans un tel établissement.

Les séjours dans une clinique psychiatrique sont traités par analogie aux séjours à l'hôpital pour cas aigus pendant 180 jours au plus. Moyennant une demande médicale motivée, les prestations pour cas aigus peuvent être versées pendant une période supplémentaire de 180 jours au plus. Après l'expiration de 360 jours, l'assurance Basic Hôpital n'alloue plus de prestations pour cas aigus.

Les prestations sont versées exclusivement en complément à l'assurance obligatoire des soins. Les frais couverts par l'assurance obligatoire des soins ainsi que les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins ne sont pas compris dans l'assurance Basic Hôpital, que le patient soit affilié ou non à l'assurance obligatoire. Dans tous les cas, l'assurance rembourse au maximum les frais effectifs.

1.2 Hôpitaux reconnus en Suisse

Sont considérés comme hôpitaux pour soins aigus reconnus toutes les institutions/départements qui ne sont pas expressément exclus par Visana Assurances SA, qui s'occupent du traitement de maladies aiguës ou de réadaptations en milieu hospitalier, qui sont dirigé/es par des médecins et qui disposent du personnel médical spécialisé nécessaire ainsi que des installations médicales indispensables.

Visana Assurances SA définit sur sa liste restreignant le choix des hôpitaux les institutions qui ne sont pas reconnues pour les divisions hospitalières commune, mi-privée ou privée. Cette liste est continuellement adaptée et peut être consultée sur le site internet de Visana ou demandée à l'agence compétente. En cas d'urgence, les prestations sont allouées dans tous les hôpitaux pour soins aigus de Suisse.

2. Catalogue des prestations

2.1 Que comprend l'assurance?

En cas de séjour (traitement et nuitée dans un hôpital pour cas aigus), les frais suivants sont couverts dans la division assurée (commune, mi-privée ou privée):

- logement et nourriture
- soins infirmiers
- honoraires des médecins
- mesures diagnostiques et thérapeutiques (prescrites par le médecin)
- médicaments (prescrits par le médecin)
- anesthésie, utilisation de la salle d'opération

L'assurance de voyage Vacanza prend en charge les frais non couverts, en cas d'accident ou de maladie subis durant un séjour à l'étranger, pendant huit semaines au plus par voyage.

L'assurance est valable dans le monde entier, hors des frontières de la Suisse. Cette couverture d'assurance comprend en outre un service d'aide immédiate et une assurance de protection juridique.

La protection d'assurance devient caduque en cas de suppression de l'assurance obligatoire des soins et/ou de transfert du domicile à l'étranger.

L'étendue des prestations et les conditions figurent dans les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA) LCA 2014 pour l'assurance de voyage Vacanza de la Visana Assurances SA.

L'organisation d'aide immédiate Assistance de la Visana Assurances SA est un service de conseils et de mesures en cas d'urgence en Suisse. Les prestations d'aide sont accordées 24 h sur 24 et comprennent principalement l'organisation et la coordination des mesures nécessaires. L'étendue des prestations et les conditions figurent dans les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA) 2012 régissant les prestations de

services de «Visana Assistance CH» de la Visana Assurances SA.

3. Dispositions particulières

3.1 Tarifs applicables

La Visana Assurances SA alloue ses prestations dans les limites des tarifs qu'elle a convenus ou des tarifs locaux.

3.2 Mère et enfant à l'hôpital

Si une mère et son enfant séjournent ensemble à l'hôpital durant la première année de l'enfant, les prestations en cas d'hospitalisation pour cas aigus sont versées, à condition que l'un des deux doive séjourner à l'hôpital pour une maladie aiguë. Les prestations pour la mère et l'enfant sont allouées par les assurances respectives.

3.3 Rooming-in

Dans le cas d'un séjour dans un hôpital pour soins aigus d'un enfant âgé entre 2 et 14 ans, Visana Assurances SA paye un montant de CHF 50.- au max. par jour au titre de son assurance, pour les frais d'hébergement et de restauration d'une personne accompagnante.

3.4 Division non couverte dans un hôpital de Suisse

Pour les séjours dans une division autre que la division assurée, Visana Assurances SA prend en charge, après déduction des prestations de l'assurance de base, les prestations suivantes:

Assuré en division	Séjour en division:	Prestation en % du montant de la différence
commune	mi-privée	50 %
	privée	30 %
mi-privée	privée	70 %

3.5 Urgence à l'étranger

Pour les séjours d'urgence dans un hôpital à l'étranger et pour autant que le retour ou le rapatriement ne soit pas possible ou raisonnable, Visana Assurances SA prend en charge, après déduction des prestations de l'assurance des soins obligatoires, les prestations suivantes:

Assuré en division:	Séjour en Europe (y compris les Etats bordant la Méditerranée)	en dehors de l'Europe
commune	40 % du montant de la différence	25 % du montant de la différence
mi-privée	70 % du montant de la différence	50 % du montant de la différence
privée Europe	100 % du montant de la différence	75 % du montant de la différence
privée Monde	100 % du montant de la différence	100 % du montant de la différence

En complément, les frais sont couverts intégralement pendant huit semaines par voyage par l'assurance de voyage Vacanza.

3.6 Quels pays font partie de l'Europe?

Les pays européens sont limités à l'Est par l'Oural. Les Etats côtiers de la Méditerranée, soit l'Egypte, l'Algérie, Israël, le Liban, la Libye, le Maroc, la Syrie, la Tunisie et la Turquie, sont

par ailleurs assimilés au bloc européen. En outre, les Iles Canaries, Madère, l'Islande et le Groenland y sont également inclus.

3.7 Prestations exclues

Lors de séjours hospitaliers en rapport avec des transplantations d'organes (à l'exception des greffes de peau et de corne), l'assurance Basic Hôpital n'alloue pas de prestations pour la période de transplantation proprement dite (ces frais sont couverts par l'assurance obligatoire des soins). Après cette période, les prestations sont allouées en fonction de l'assurance conclue.

L'assurance Basic Hôpital prend seulement en charge les frais de traitements dentaires dispensés à l'hôpital s'il s'agit de prestations obligatoires en vertu de l'assurance obligatoire des soins.

L'assurance Basic Hôpital ne couvre pas les frais que le canton de résidence doit prendre en charge conformément à la loi sur l'assurance-maladie.

3.8 Hôpitaux suisses reconnus pour des contrats d'assurance conclus avant le 1er juillet 2017

En dérogation à l'article 1.2, les dispositions suivantes s'appliquent pour des contrats conclus avant le 1er juillet 2017:

Pour l'élément de l'assurance Basic Hôpital division mi-privée, Visana Assurances SA tient une liste restreignant le choix des hôpitaux, d'où il ressort quels hôpitaux ne peuvent pas être choisis pour le traitement hospitalier dans la division mi-privée. Vous vous engagez à ne consulter que les hôpitaux qui ne figurent pas sur la «liste restreignant le choix des hôpitaux» de Visana Assurances SA. Si vous vous rendez dans un hôpital qui figure sur la «liste restreignant le choix des hôpitaux» de Visana Assurances SA, les coûts qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire des soins lors d'un séjour hospitalier, à l'exception des admissions d'urgence, sont pris en charge seulement à 50 %. La «liste restreignant le choix des hôpitaux» est continuellement adaptée et peut être consultée sur le site internet de Visana ou un extrait peut être demandé à l'agence compétente.

Pour les assurances complémentaires Basic Hôpital division commune et Basic Hôpital division privée, les limitations selon la «liste restreignant le choix des hôpitaux» ne s'appliquent pas. Si la classe hospitalière assurée est modifiée après le 30 juin 2017, les limitations selon la «liste restreignant le choix des hôpitaux» s'appliquent pour le nouveau contrat pour les séjours dans toutes les divisions hospitalières. La date de signature figurant sur la proposition d'assurance est la date déterminante.

Sont parties intégrantes de la composante de prestation Basic Hôpital:

- Liste restreignant le choix des hôpitaux
- CGA 2012 pour les prestations de services de Visana Assistance CH de Visana Assurances SA
- CGA LCA 2014 Visana Vacanza, assurance de voyage de Visana Assurances SA.