

Grandes lignes sectorielles sur les « prestations supplémentaires selon la LCA »

Concept de mesures communes des assureurs suisses
en maladie complémentaire

Valable à partir de juin 2021





Préambule

Exposé de la situation et objectif du projet

Dans le domaine de l'assurance complémentaire d'hospitalisation, une transparence accrue et une plus grande clarté sont de mise. Ces dernières années, le législateur, les politiques et l'opinion publique n'ont cessé d'augmenter leur pression sur le marché de l'assurance complémentaire d'hospitalisation. Le Secrétariat d'État aux questions financières internationales (SFI) a publié le 2 septembre 2020 un document de principe, et l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (Finma) a communiqué le 29 octobre 2020 ses réflexions sur une nouvelle orientation de ce marché.

La branche a pour objectif la définition de produits concurrentiels, attractifs et répondant aux besoins des assurés. En concertation avec les CEO de ses compagnies membres, l'Association Suisse d'Assurances ASA a donc décidé d'aborder les questions actuelles relatives à l'assurance maladie complémentaire dans le cadre du projet sectoriel « Prestations supplémentaires selon la LCA ».

Les résultats du projet sont présentés dans les présentes lignes directrices sectorielles. En parallèle, les compagnies membres ont déjà commencé à mettre en place et à appliquer des plans de mesures conçus spécifiquement pour chacune d'entre elles.

Structure et but du document

Le présent document énumère et détaille les principes élaborés dans le cadre du projet portant sur les « Prestations supplémentaires selon la LCA ». En la matière, les prestations supplémentaires correspondent à des prestations supplémentaires ou complémentaires proposées individuellement ou groupées sous la forme de paquets de prestations et qui apportent une valeur ajoutée. Les onze « principes généraux » sont répartis en quatre catégories qui prennent en compte

la définition, l'évaluation, le décompte et l'avenir des prestations supplémentaires. Afin que les différents principes soient bien compris, des explications concrètes viennent en éclairer la teneur. Le cas échéant, elles sont accompagnées de délimitations, d'exigences minimales et de précisions.

La feuille de route précise les étapes les plus importantes de la mise en œuvre des différents principes.

Toutes les compagnies participant à cette mise en œuvre sont énumérées en annexe. L'actualisation de cette liste incombe à l'Association Suisse d'Assurances (ASA) ; les compagnies d'assurances sont de leur côté tenues de lui communiquer diligemment tout changement en la matière.

Clause de non-responsabilité

Les présentes lignes directrices sectorielles ont été élaborées en notre âme et conscience conformément aux prescriptions du droit de la concurrence. L'ensemble des travaux de l'Association Suisse d'Assurances ASA et des assureurs participants se sont déroulés dans le respect des normes autorisées par le droit de la concurrence.

Par ailleurs, pour des raisons de lisibilité, le présent document s'appuie sur le masculin générique. Celui-ci inclut implicitement le genre féminin ainsi que les autres identités de genre dans la mesure nécessaire à l'énoncé.

Principes de la définition des prestations supplémentaires

Principe n°1

On entend par prestations supplémentaires, les prestations fournies par le prestataire considéré qui excèdent celles ressortant de l'AOS. Cette prise en compte intègre au besoin une vue de l'ensemble du marché afin de prévenir toute fausse incitation ou désavantage systématique.

Explication

Le niveau des prestations selon l'AOS est déterminé sur la base de propositions rendues plausibles et soumises par les fournisseurs de prestations aux assureurs respectifs. Celles-ci décrivent les prestations de base¹ et les prestations supplémentaires² avec un degré de granularité suffisamment élevé et différencient ces dernières des prestations de base (cf. principe 6 du catalogue des prestations supplémentaires).

Les différents assureurs peuvent procéder à des comparaisons de marché des divers niveaux de prestations selon l'AOS entre les différents fournisseurs de prestations. Ces comparaisons peuvent être utilisées pour atténuer ou accentuer la différenciation entre prestations supplémentaires et prestations de base, notamment pour éviter que les fournisseurs de prestations ne soient favorisés ou désavantagés.

Délimitation

Il incombe à chaque fournisseur de prestations d'indiquer son propre niveau des prestations selon l'AOS correspondant et la ligne de démarcation entre les prestations supplémentaires et les prestations de base. Les assureurs ne procèdent à aucun recensement commun du niveau des prestations selon l'AOS des différents fournisseurs de prestations.

L'évaluation du prix des prestations selon l'AOS ne relève pas du présent projet.

Exigences minimales

Prévenir toute fausse incitation ou désavantage systématique : l'examen des prestations supplémentaires doit au moins être effectué de sorte que les fournisseurs de prestations dont le niveau de prestations selon l'AOS est supérieur ou inférieur à la moyenne ne soient ni avantagés ni désavantagés.

Définition du niveau de prestations selon l'AOS : la prise en compte d'une vue de l'ensemble du marché dans la définition du niveau des prestations selon l'AOS est assurée par des processus de tarification clairement définis et une analyse comparative connexe dans le domaine de l'AOS.

Précisions

Vue de l'ensemble du marché : la vue de l'ensemble du marché comprend une comparaison réalisée par l'assureur de différents niveaux de prestations selon l'AOS portant sur plusieurs fournisseurs de prestations (par ex. dans une région ; entre les fournisseurs de prestations avec les mêmes mandats de prestations, etc.).

Niveau des prestations selon l'AOS des hôpitaux conventionnés : dans le cas des hôpitaux conventionnés auxquels les assurés de base n'ont pas accès, l'accès à ces établissements a déjà valeur de prestation supplémentaire (avec prise en compte de l'art. 49a alinéa 4 LAMal).

Principe n°2

Les prestations supplémentaires diffèrent entre les fournisseurs de prestations et certains assureurs dans les catégories Prestations cliniques, Prestations médicales ainsi que Hôtellerie / Confort.

Explication

Les catalogues des prestations supplémentaires sont structurés par les fournisseurs de prestations afin de faciliter l'évaluation et la différenciation des prestations supplémentaires aux différents assureurs et d'améliorer pour chacun d'entre eux la comparabilité entre les différents catalogues des divers fournisseurs de prestations.

Exemples de prestations supplémentaires par catégorie (énumération non exhaustive) :

Prestations cliniques : il s'agit en particulier de prestations d'ordres organisationnel et processuel portant sur une planification du séjour spécifique au client considéré, comme le libre choix de la date de l'intervention (date souhaitée par le patient) et une planification flexible du traitement ainsi que le libre choix de l'hôpital, des horaires de visites individuels, une offre de médicaments et de thérapies élargie, des prestations de soins complémentaires, etc.

Prestations médicales : libre choix du médecin, plus grande disponibilité du médecin, horaires de visites plus longs, prestations combinées excédant l'AOS, etc.

Hôtellerie / Confort : choix du menu, services de transport, prestations additionnelles³ comme place de parking ou offre de wellness etc.

Exigences minimales

Choix du médecin en fonction du praticien considéré et de ses qualifications : l'assuré participe au choix explicite et implicite du médecin responsable de son cas ainsi qu'à sa prise en charge séparée comme patient. En outre, le patient peut exprimer son veto lors de la désignation du médecin en charge de son cas (médecin cadre). Les informations fournies au patient sont documentées par le fournisseur de prestations.

Implication d'autres médecins : en cas d'implication d'autres médecins (en plus du médecin en charge du cas), le patient

doit être informé et le processus documenté en conséquence. Par ailleurs, le patient peut exprimer son veto.

Accès plus rapide / prioritaire : un accès plus rapide et prioritaire aux prestations médicales - sans urgence médicale - peut constituer une prestation supplémentaire si cela excède le niveau des prestations selon l'AOS.

Précisions

Définition des prestations cliniques : « Les prestations supplémentaires dans le domaine des « Prestations cliniques comprennent toutes les prestations liées au traitement médical dans les domaines des soins infirmiers, de l'administration et d'autres services de soins qui ne sont pas compris dans le niveau des prestations selon l'AOS du fournisseur de prestations considéré. » Les prestations supplémentaires comprennent l'ensemble des « prestations de réserves » (prestations de base fixes) et les moyens de production des fournisseurs de prestations qui sont utilisables mais inefficaces du fait de la promesse de fournir des prestations d'ordres organisationnel et processuel (planification et étapes de traitement sur mesure pour le client). Cela inclut notamment une offre élargie de médicaments et de thérapies ainsi que des prestations de soins complémentaires.

Définition de la prestation médicale : « Les prestations supplémentaires dans le domaine des « Prestations médicales » comprennent toutes les prestations d'examen et de traitement qui relèvent de l'exercice de l'activité professionnelle du médecin et qui excèdent le niveau de prestations selon l'AOS du fournisseur de prestations considéré, ainsi que les prestations qui permettent de choisir le médecin en charge du cas. »

Définition Hôtellerie / Confort : « Les prestations supplémentaires dans le domaine « Hôtellerie/Confort » comprennent les prestations sans lien médical ni thérapeutique direct en rapport avec l'hébergement, la restauration et le confort, qui excèdent le niveau de prestations selon l'AOS du fournisseur de prestations considéré ».

Principe n°3

Une prestation supplémentaire doit être convenue contractuellement et pouvoir être recensée, évaluée et utilisée.

Explication

Tous les types de prestations supplémentaires sont documentés dans une convention de prestations supplémentaires passée entre le fournisseur de prestations considéré et l'assureur : la définition contractuelle précise le contenu et l'étendue des prestations supplémentaires de telle sorte qu'elles puissent être évaluées et que la fourniture correcte des prestations puisse être vérifiée.

Délimitation de la branche

Chaque assureur développe ses propres outils de mesure et d'évaluation des prestations supplémentaires.

Exigences minimales

Éléments de la convention relatifs aux prestations supplémentaires : dans un souci de transparence et de clarté, une convention de prestations supplémentaires précise au moins les éléments suivants :

1. catalogue des prestations supplémentaires (cf. principe 4), y compris la description des prestations essentielles⁴ dans le cadre de paquets de prestations (cf. principe 9) ;
2. obligations des parties contractantes envers les patients / clients ;
3. exigences en matière de gouvernance envers les fournisseurs de prestations : par exemple, exigences de transparence, de contrôle interne ou obligations de documentation et de preuve dans le cadre de la fourniture des prestations ;
4. adaptation / résiliation de la convention : par exemple, en cas de modification de l'offre de services de la part du fournisseur de prestations ;

5. échange de données : par exemple, règlement sur le format et les délais impartis pour la transmission des données dans le cadre de contrôles ;
6. facturation électronique ;
7. sanctions : par exemple en cas de non-respect des prestations définies contractuellement ;
8. structure et éléments essentiels du décompte (cf. principe 9) ;
9. envoi d'une copie de la facture aux patients / clients.

Précisions

Facilité d'utilisation des prestations supplémentaires : seules les offres qui sont à la disposition d'un patient au moment considéré et auxquelles il peut effectivement avoir recours au regard des circonstances médicales sont considérées comme « utilisables » - cela inclut également les options / « prestations de réserve »⁵, qu'elles soient ou non effectivement utilisées par le patient.

Principe n°4

Le catalogue des prestations supplémentaires élaboré par le fournisseur de prestations à l'intention de chaque assureur constitue la base de l'évaluation, du décompte et du contrôle des prestations.

Explication

Le catalogue des prestations complémentaires est établi par le fournisseur de prestations considéré selon un format standardisé et est mis à la disposition de l'assureur, une fois sa plausibilité convenue avec ce dernier (cf. principe n°2). Les prestations supplémentaires indiquées sont contrôlées par l'assureur.

Les prestations supplémentaires sont décrites dans le catalogue des prestations supplémentaires avec une granularité suffisamment élevée pour qu'une différenciation entre les prestations de base selon l'AOS et les prestations supplémentaires selon la LCA soit possible, et qu'une évaluation puisse être faite en ce qui concerne la possibilité de recensement, d'évaluation et d'utilisation de ces prestations.

Délimitation de la branche

L'évaluation / la tarification des prestations supplémentaires sur la base d'un catalogue de prestations supplémentaires est effectuée par l'assureur considéré et ressort de sa négociation avec le fournisseur de prestations.

Exigences minimales

Catalogue des prestations supplémentaires : un catalogue de prestations supplémentaires contient au moins les éléments suivants :

1. différenciation entre prestations selon l'OAS et selon la LCA ;
2. définition de la signification des prestations supplémentaires (prestation essentielle, option / « prestation de réserve », prestation complémentaire) ;
3. définition du prix et de la durée des prestations supplémentaires / paquets de prestations.

Contrôle : concernant les prestations définies dans le catalogue des prestations supplémentaires, il convient de préciser quel format de facture ou de documentation est nécessaire a minima pour permettre un contrôle efficace par l'assureur.

Précisions

Fonctions médicales transversales : les prestations supplémentaires dans le domaine des fonctions médicales transversales (par exemple, les urgences, l'anesthésie, les procédures d'imagerie) sont également décrites dans le catalogue des prestations supplémentaires, différenciées des prestations de base et affectées aux catégories correspondantes des prestations supplémentaires.

Principe n°5

Les prestations supplémentaires médicales sont remboursées sur une base contractuelle claire - la prestation médicale selon l'AOS est indemnisée conformément aux tarifs applicables pour un traitement stationnaire ou ambulatoire.

Explication

L'indemnisation des prestations médicales dans le domaine de l'assurance complémentaire d'hospitalisation porte uniquement sur les prestations supplémentaires (indemnisation selon une approche ascendante, bottom up).

Les prestations supplémentaires selon la LCA sont comptabilisées sur une facture à part (séparément des prestations selon l'AOS), laquelle précise qu'il s'agit de prestations supplémentaires qui excèdent les prestations de l'AOS (il n'y a pas de facture globale incluant les prestations selon l'AOS et celles selon la LCA).

Délimitations

Les prestations médicales selon l'AOS sont indemnisées conformément aux tarifs applicables pour un traitement stationnaire ou ambulatoire. L'émetteur de la facture indemnise les médecins au titre de ces prestations selon l'AOS.

Exigences minimales

Réglementation contractuelle : les prestations supplémentaires médicales s'appuient sur une réglementation contractuelle claire. Les conventions doivent se conformer aux principes des présentes lignes directrices sectorielles.

Remboursement des honoraires des médecins : les honoraires des médecins doivent être remboursés conformément aux exigences des lignes directrices sectorielles.

Précisions

Garantie de prise en charge des frais : une demande de prise en charge des honoraires du médecin peut s'avérer nécessaire dans certains cas.

Principes de l'évaluation des prestations supplémentaires

Principe n°6

Chaque assureur détermine lui-même les critères qu'il applique lors de l'évaluation des prestations supplémentaires.

Explication

Le développement et l'articulation de la logique, de la mécanique et des critères d'évaluation des prestations supplémentaires relèvent de la responsabilité de chaque assureur.

Les données nécessaires à l'évaluation sont collectées dans le cadre des principes des présentes grandes lignes sectorielles.

Il n'est pas nécessaire d'élaborer un modèle sectoriel d'évaluation des prestations supplémentaires, il faut bien plus une approche fondée sur des principes qui laisse aux assureurs toute latitude pour articuler comme bon leur semble leurs propres modèles d'évaluation.

Chaque assureur développe son propre modèle d'évaluation qu'il applique ensuite de manière systématique lors de l'évaluation des prestations supplémentaires des différents fournisseurs de prestations.

Exigences minimales

Aucune exigence minimale

Précisions

Aucune précision

Principe n°7

Les prestations supplémentaires se définissent aussi par la valeur ajoutée qu'elles apportent au patient et pas exclusivement par les éventuels coûts supplémentaires qu'elles génèrent.

Explication

Les prestations supplémentaires sont axées sur les besoins du patient et génèrent une valeur ajoutée⁶ si le patient se rend compte qu'elles lui apportent effectivement quelque chose de plus par rapport aux prestations de base.

Outre les valeurs ajoutées pour les patients, l'aspect des coûts est également pris en considération avant toute mise à disposition de prestations supplémentaires et ce, tant pour les coûts directs que pour les coûts indirects :

Les coûts directs portent sur la valeur ajoutée effective.

Les coûts indirects portent sur la fourniture de prestations supplémentaires, auxquelles le patient peut décider de recourir ou non.

Exigences minimales

Aucune exigence minimale

Précisions

Valeur ajoutée pour le patient : une évaluation de l'économie ne repose pas sur une argumentation exhaustive relative aux coûts supplémentaires, mais sur un examen équilibré qui tient compte de la valeur ajoutée effectivement apportée au patient (par exemple, l'accès à un plus grand choix de médecins ou d'hôpitaux, des horaires de visites pouvant être organisés individuellement).

Principe n°8

Si des prestations supplémentaires équivalentes donnent lieu à des évaluations différentes, ces différences doivent pouvoir être justifiées avec précision.

Explication

La logique d'évaluation est développée de telle sorte que des prestations supplémentaires identiques fournies par le même prestataire sur le site considéré soient globalement évaluées de la même manière par l'assureur concerné - tout écart entre les évaluations doit être justifié de manière compréhensible. Cela signifie que des patients en division semi-privée et des patients en division privée qui bénéficient des mêmes prestations doivent également se voir facturer le même montant.

Délimitation

Le développement et l'articulation de la logique d'évaluation incombent à chaque assureur pris individuellement.

Exigences minimales

Écarts d'évaluation : une différence d'évaluation de la prestation supplémentaire se justifie en fonction de la région considérée, de la spécialisation ou de l'expérience du médecin ou encore du mandat de prestations de l'hôpital (énumération non exhaustive).

Précisions

Résultats de l'évaluation : les résultats de l'évaluation peuvent varier d'un assureur à l'autre.

Principe n°9

Les prestations supplémentaires sont généralement évaluées sur la base de paquets de prestations et non sur celle de prestations individuelles.

Explication

Les paquets de prestations sont censés prévenir les incitations à multiplier les prestations et le risque de double facturation.

Les paquets de prestations supplémentaires doivent être structurés de manière à être décrits de façon compréhensible pour toutes les parties prenantes concernées - une référence à chaque prestation prise individuellement dans le paquet des prestations supplémentaires est souhaitable.

Une facturation à la prestation demeure possible.

Délimitation

L'articulation concrète et la négociation contractuelle des paquets de prestations ainsi que des prestations prises individuellement relèvent de la responsabilité de chaque assureur.

Exigences minimales

Aucune exigence minimale

Précisions

Désignation uniforme : dans un souci de transparence et de clarté, les prestations et les paquets de prestations sont désignés de manière univoque conformément à la convention relative aux prestations supplémentaires.

Principes du décompte des prestations supplémentaires

Principe n°10

Les assureurs indemnisent uniquement les prestations supplémentaires et les paquets de prestations qui ont effectivement été fournis.

Explication

En principe, des prestations supplémentaires / paquets de prestations supplémentaires définis conformément aux exigences des lignes directrices sectorielles ne peuvent être indemnisés que s'ils ont effectivement été fournis.

Il faut synchroniser le contenu des prestations supplémentaires effectivement fournies avec celui des factures.

Délimitation

L'articulation concrète et la négociation contractuelle de prestations supplémentaires / paquets de prestations supplémentaires relèvent de la responsabilité de chaque assureur.

L'articulation des prestations essentielles au sein des paquets de prestations relève de la responsabilité de chaque assureur.

Exigences minimales

Indemnisation des paquets de prestations supplémentaires : pour qu'un paquet de prestations supplémentaires soit indemnisé, il faut que les prestations essentielles, qui sont définies dans la convention de prestations supplémentaires, aient effectivement été fournies, justificatifs à l'appui.

Facture : Le décompte doit comprendre au moins les éléments suivants :

1. un relevé consolidé de toutes les prestations selon la LCA fournies, prestations médicales comprises ;
2. une description des prestations qui soit compréhensible pour le patient ;
3. la somme des prix facturés par catégorie de prestations supplémentaires ;
4. le forfait par cas relatif au diagnostic (DRG), la durée du séjour et les coûts relevant de la facture de l'AOS ;
5. l'indication claire et univoque des médecins en charge du cas / traitants.

Précisions

Copie de factures au patient : les prestations supplémentaires facturées doivent être transmises par le fournisseur de prestations au patient sous la forme d'une copie de facture.

Principes de l'avenir des prestations supplémentaires

Principe n°11

Des innovations sont souhaitables dans le sens d'une plus grande utilité pour le patient. Les tendances comme le principe de « l'ambulatoire avant le stationnaire » laissent la voie ouverte à de nouveaux services à valeur ajoutée.

Explication

Les innovations portent sur les méthodes de diagnostics, de nouvelles formes de thérapies et de traitements ainsi que de technique chirurgicale.

Les modifications de l'assurance complémentaire doivent être effectuées de manière à continuer de préserver le libre jeu de la concurrence entre les assureurs entre eux et entre les fournisseurs de prestations.

Le potentiel de nouvelles prestations supplémentaires doit être exploité dans l'intérêt des patients.

Il faut soutenir activement le positionnement sur le marché des nouvelles prestations supplémentaires et des nouveaux paquets de prestations supplémentaires.

Dans le cadre du processus de changement, il faut veiller à ce que les traditionnelles difficultés opposées à toute innovation soient si possible aplanies à l'avantage du patient ; par ailleurs, il faut aussi prévenir l'émergence de nouveaux obstacles.

Exigences minimales

Innovations au stade de la recherche : les innovations qui en sont au stade de la recherche ne sont pas couvertes par l'assurance complémentaire.

Efficacité et adéquation : les prestations supplémentaires novatrices correspondent à des méthodes qui sont efficaces et pertinentes au sens de la LAMal. Elles vont au delà des normes de l'AOS et ne correspondent pas aux dispositions de la LAMal relatives à l'économicité.

Précisions

Prestations novatrices : peuvent relever des prestations novatrices les méthodes diagnostiques et les thérapies qui sont appropriées et médicalement pertinentes, mais ne sont pas encore devenues la norme.

Feuille de route pour la mise en œuvre

La feuille de route suivante précise les trois étapes les plus importantes de la mise en œuvre des différents principes. Les compagnies sont tenues de respecter chacune de ces trois étapes.

Jusqu'en décembre 2021

Les différents assureurs ont développé une logique d'évaluation conforme aux prestations supplémentaires.

Avec effet en janvier 2022

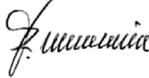
Seules sont passées des conventions de prestations supplémentaires qui appliquent les principes des présentes lignes directrices sectorielles.

Au plus tard en décembre 2024

Toutes les conventions existantes ont été dénoncées ou remplacées par des conventions de prestations supplémentaires qui appliquent les principes des présentes lignes directrices sectorielles.

Sociétés participantes

Les signataires s'engagent à respecter les onze « principes généraux » mentionnés dans le présent document.

| | | | |
|---|---|--|--|
|  |  Ruedi Bodenmann CEO, Assura SA |  |  Nikolai Dittli CEO, Concordia Assurances SA |
|  |  Philomena Colatrella CEO, CSS Assurance SA et Intras Assurance SA |  |  Thomas Boyer CEO, Groupe Mutuel Assurances |
|  |  Roman Sonderegger CEO, Helsana Assurances complémentaires SA |  |  Sergio Pradera CEO, Innova Versicherungen AG |
|  |  Reto Egloff CEO, KPT Assurances SA |  |  Stefan Schena CEO, ÖKK Assurances SA |
|  |  Andreas Schönenberger CEO, Sanitas Krankenversicherung |  |  Felix Waldmeier Directeur, Stiftung Krankenkasse Wädenswil |



SWICA



Reto Dahinden
CEO, Swica
Assurance-maladie SA



sympany



Michael Willer
CEO, Sympany Assruances SA



VISANA



Angelo Egli
CEO, Visana Versicherungen AG

Autres sociétés participantes

- Agrisano Versicherungen AG
- Aquilana Versicherungen
- Atupri Gesundheitsversicherung
- EGK Privatversicherungen AG
- Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg
- Krankenkasse Luzerner Hinterland
- Krankenkasse SLKK
- Rhenusana
- Sodalıs Gesundheitsgruppe
- Sumiswalder KK

La coordination des non-membres a été assurée par Santésuisse.

Renvois

1. Prestation de base : les prestations de base comprennent l'offre moyenne de services par clinique pour les patients en AOS et ne doivent pas être assimilées aux prestations obligatoires en AOS selon la LAMal.
2. Prestation supplémentaire : il s'agit des prestations qui excèdent le niveau de prestations de la prestation selon l'AOS.
3. Prestation complémentaire ou additionnelle : il s'agit des prestations auxquelles seuls les patients selon la LCA peuvent prétendre et qui n'ont aucun lien avec une prestation selon l'AOS.
4. Prestation essentielle : prestation définie contractuellement et devant être fournie a minima pour qu'un paquet de prestations soit indemnisé.
5. La notion de « prestation de réserve » (prestation de base fixe) s'est établie dans le cadre de l'AOS ainsi que dans celui de l'assurance complémentaire selon la LCA. Il s'agit des prestations qui sont à la disposition du patient au moment de son hospitalisation, mais auxquelles il ne recourt pas dans les faits (par ex. piscine ou cave à vin). Du coup, de telles prestations de réserve sont indemnisées même si elles n'ont pas été utilisées.
6. Valeur ajoutée : la valeur ajoutée d'une prestation supplémentaire excède la valeur d'une prestation de base d'un fournisseur de prestations correspondant ou constitue la valeur ajoutée à titre de prestation indépendante.

IMPRESSUM

ASA | SVV

Association Suisse d'Assurances ASA

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

Case postale

CH-8022 Zurich

Téléphone +41 44 208 28 28

info@svv.ch

svv.ch