

Conditions particulières de l'assurance-maladie complémentaire d'hospitalisation

CH-D

CHAM01-F5 – édition 01.09.2010

Table des matières

Art. 1	Objet	Art. 4	Contribution du preneur d'assurance
Art. 2	Garantie d'assurance	Art. 5	Délimitation de la couverture
Art. 3	Prestations		

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC AV), édition au 1^{er} juillet 2010 de Mutuel Assurances SA selon la LCA.

Art. 1 But et objet de l'assurance

En cas de séjour hospitalier, l'assureur couvre en complément de l'assurance obligatoire des soins, les frais de traitement, de chambre et pension consécutifs à une maladie ou, lorsque ce risque est assuré, à un accident.

Art. 2 Garantie d'assurance

Le preneur d'assurance peut opter pour les garanties suivantes:

Division commune: garantie des frais en cas de séjour en division commune d'un établissement hospitalier public ou privé (chambre à plus de deux lits);

Division mi-privée: garantie des frais en cas de séjour en division mi-privée d'un établissement hospitalier public ou privé (chambre à deux lits);

Division privée: garantie des frais en cas de séjour en division privée d'un établissement hospitalier public ou privé (chambre à un lit seulement).

Art. 3 Prestations

- En cas de séjour dans un hôpital ou une clinique pour maladie ou accident, nécessitant la mise en œuvre de mesures médicales continues et intensives, l'assureur couvre les frais mentionnés à l'article 1;
- En sus des prestations de l'assurance obligatoire des soins:
 - les assurés de la division commune reçoivent le 20% des frais de la division privée s'ils séjournent en division privée, respectivement le 40% des frais de la division mi-privée s'ils séjournent en division mi-privée;
 - les assurés de la division mi-privée reçoivent le 75% des frais de la division privée s'ils séjournent en division privée;
- En cas de séjour pour maladies mentales maladies nerveuses ou maladies chroniques les prestations sont accordées pendant 60 jours par année civile, à raison de 50% des frais facturés en sus des prestations de l'assurance obligatoire des soins;

- Les frais chirurgicaux résultant de la reconstruction mammaire après amputation totale médicalement indiquée sont pris en charge jusqu'à concurrence du 75% des frais dépassant les prestations de l'assurance obligatoire des soins;
- La durée des prestations est illimitée.

Art. 4 Contribution du preneur d'assurance

- Pour une durée de 20 jours au maximum par année civile, le preneur d'assurance peut prendre à sa charge les contributions suivantes:
 - Fr. 50.– par jour;
 - Fr. 100.– par jour;
 - Fr. 150.– par jour.
- Cette contribution donne droit à une réduction de la prime.

Art. 5 Délimitation de la couverture

En sus des risques non couverts cités aux chiffres 4.1 à 4.12 des conditions générales de l'assurance-maladie sont exclus de l'assurance:

- Les traitements non indemnisés préalablement par un assureur au titre de l'assurance obligatoire des soins;
- Les frais supplémentaires découlant d'un séjour hospitalier hors canton, justifié par des raisons médicales, selon l'art. 41, al. 3 LAMal, dont la prise en charge relève du canton de domicile de l'assuré;
- Les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération Suisse pour Tâches Communes des Caisses-maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas. Cette règle vaut également pour les cliniques pour lesquelles aucun forfait par cas n'a été convenu;
- La maternité.