groupemutuel

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global mi-privée

**GM**

GMAM01-F7 – édition 01.09.2010 (avec avenant au 01.01.2024).

**Table des matières**


| | | | |
|---|---|---|---|
| **Art. 1** | Conditions d'admission | **Art. 4** | Droit aux prestations |
| **Art. 2** | Prestations assurées | **Art. 5** | Avantages «LeClub» |
| **Art. 3** | Etendue des prestations | **Art. 6** | Prime |


Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), dont la date d'édition est mentionnée sur la police d'assurance.

## Art. 1 Conditions d'admission

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire Global mi-privée, jusqu'à l'âge de 55 ans révolus.
2. Les assurés de 0 à 18 ans, soit jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 18e anniversaire, bénéficient des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 2 sous la dénomination Global Junior.
3. Dès le 1er janvier de l'année qui suit son 55e anniversaire, l'assuré bénéficie des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 3, sous la dénomination Global Senior.
4. Si une personne est déjà affiliée auprès d'un autre assureur pour une couverture comparable à celle de l'assurance Global mi-privée et que, momentanément, elle ne peut résilier auprès de cet autre assureur, elle a la possibilité d'adhérer à l'assurance Global mi-privée et de bénéficier ainsi exclusivement des prestations décrites à l'art. 2, ch. 4, sous la dénomination Global Temporis.

## Art. 2 Prestations assurées

**1. Généralités**

Les prestations suivantes sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins:

**1. Hospitalisation**

1. Classe d'assurance
   Division mi-privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu (chambre à deux lits) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.
2. Franchises en cas d'hospitalisation
   L'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers.
   a. sans franchise;
   b. Fr. 1'000.– par année civile;
   c. Fr. 2'000.– par année civile;
   d. Fr. 3'000.– par année civile;
   e. Fr. 5'000.– par année civile.
   La franchise choisie s'applique uniquement aux prestations liées à l'hospitalisation.
3. Prestations
   a. Généralités
   En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers.
   b. Hospitalisation en division privée
   Si un assuré est hospitalisé dans une division supérieure à sa classe d'assurance, les prestations maximales suivantes lui sont allouées: 80% des frais hôteliers et des frais de traitement.
   c. Hospitalisation à l'étranger
   Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue, durant 60 jours au plus par année civile, une prestation maximale de Fr. 1'000.– par jour.
   Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.
4. Maternité
   a. Les prestations de l'assurance d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après 12 mois d'assurance. La durée accomplie dans Global Temporis n'est pas comptée comme durée d'assurance.
   b. En cas d'interruption de la grossesse et pour toute autre prestation en relation avec la maternité, le stage prévu à la lettre a est applicable.
   c. Lors d'un accouchement impliquant un séjour hospitalier inférieur à 5 jours en division mi-privée, l'assureur accorde une allocation de Fr. 250.– par journée d'hospitalisation évitée. Les séjours hospitaliers faisant l'objet d'une facturation forfaitaire globale ne donnent pas droit à cette allocation. La lettre a. demeure réservée.

d. En cas d'accouchement à domicile, l'assurée touche une allocation de Fr. 800.–, sous réserve de la lettre a.
e. Lorsqu'une assurée séjourne dans la division d'un établissement hospitalier correspondant à sa couverture d'assurance, l'assureur prend en charge également les frais de séjour pour le nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère pour autant que ce dernier soit également assuré auprès de l'assureur. Les frais personnels ne sont pas couverts. La lettre a. demeure réservée.

5. Etendue et durée des prestations
Les prestations de l'assurance d'hospitalisation sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:
a. L'assureur prend en charge les frais de traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins, selon la convention ou la réglementation tarifaire cantonale.
b. L'assureur se réserve de limiter le droit aux prestations lorsque les tarifs pratiqués, soit dans le domaine des frais hôteliers, soit dans le domaine des frais médicaux, sont exagérés.
c. Lorsque aucun accord n'a été conclu dans le secteur des honoraires médicaux, est reconnu comme tarif celui établi selon le catalogue des prestations hospitalières appliqué à l'assurance obligatoire des soins, majoré de 50% au maximum pour la division mi-privée.
d. Si, pour distinguer les divisions hospitalières, un hôpital ne pratique pas ou pratique d'autres critères que ceux mentionnés au ch. 2.1.1 ou si aucune convention n'a été fixée par l'assureur, celui-ci ne reconnait que la division privée.
e. Dans le cadre de la présente assurance, il n'y a pas de couverture d'assurance en cas de 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.
f. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.
g. Après 60 jours d'hospitalisation, au cours d'une année civile, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées.
h. Après 90 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées. La durée des prestations servies à l'étranger ou dans un établissement pour soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 90 jours précités.

6. Devoir de l'assuré
Avant chaque hospitalisation, l'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.

7. Mesures d'économies
– Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division mi-privée, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum Fr. 1'500.– par hospitalisation.
– En cas d'accouchement à domicile, seule la règle de l'article 2.1.1. ch. 4 litt. d. est applicable.

**2. Soins complémentaires**
L'assureur alloue les prestations suivantes, dans les limites de l'art. 3. (cf tableau):

1. Médicaments limités
Le pourcentage prévu des frais de médicaments qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception, toutefois, des médicaments de la liste des produits pharmaceutiques à la charge de l'assuré (LPPA).

2. Médicaments hors-liste
Le pourcentage prévu des frais de médicaments ne figurant sur aucune liste officielle (LS-LMT) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion, toutefois, des médicaments de la LPPA.

3. Médecine douce
L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou praticien en thérapeutique naturelle reconnu par l'assureur et membre des sociétés suivantes:
– Association des praticiens en thérapeutique naturelle (APTN/NVS/ ATN);
– Association romande des thérapeutes (ART);
– Société suisse des médecins naturalistes (SSMN);
– Assurance santé conseils assistance (ASCA);
– Association suisse d'étiopathie (ASE);
– Fédération des praticiens de santé en naturopathie (FSPN);
– Registre suisse des ostéopathes (RSO);
– Sous réserve d'acceptation d'autres associations.

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapeutique naturelle agréés par les sociétés ci-dessus. L'assureur tient à disposition des assurés les noms des praticiens dont les prestations sont remboursées.

Naturopathie:
acupuncture, électroacupuncture, aromathérapie, biothérapie, chromothérapie, homéopathie, iridologie, laserthérapie, magnétothérapie, morathérapie, oxygénothérapie, sympathicothérapie, ventouses, herboristerie, phytothérapie, auriculothérapie, magnétisme, irrigation colonique.

Techniques du toucher:
drainage lymphatique, étiopathie, intégration posturale, kinésiologie, massages, orthobionomie, ostéopathie, réflexologie, rééquilibration énergétique, rolfing, shiatsu, acupressure, mésothérapie, médecine anthroposophique, training autogène, reiki.
Psychothérapie:
biodynamique, sophrologie, tomatis (méthode):
- Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur;
- Les prestations relatives à la sophrologie sont remboursées lorsque les traitements sont effectués par un médecin, un médecin-sophrologue diplômé ASS ou par un sophrologue non médecin mais diplômé ASS.

4. Cures en Suisse
Une contribution aux frais de traitement en cas de cure de bains ainsi qu'une contribution aux frais de cure de convalescence est octroyée dans les établissements reconnus, mais au maximum durant 30 jours par année civile. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.
5. Cures balnéaires à l'étranger
Contribution aux frais de traitement de cures balnéaires à l'étranger qui sont médicalement nécessaires et autorisées préalablement par l'assureur. La demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.
6. Suppléments de tarifs
Lors de traitements ambulatoires en Suisse, la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.
7. Indemnité pour frais privés en cas d'hospitalisation
Sur présentation d'une facture justificative, une indemnité unique est attribuée par hospitalisation de plus de huit jours.
8. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier
En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.
9. Aide à domicile et frais de placement
Sur demande préalable de l'assuré sont remboursés:
   - le pourcentage des frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.);
   - les frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle.
10. Orthoptique
Le pourcentage prévu des frais de traitement conformément au tarif de l'AI.
11. Lunettes et verres de contact
Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
12. Appareils et prothèses orthopédiques
Les frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement sont pris en charge selon la liste établie par l'assureur pour le remboursement des frais.
13. Cours de préparation à l'accouchement
Le montant prévu des frais de cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
14. Indemnité unique d'allaitement
Une indemnité d'allaitement pour autant que l'accouchée allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement soit confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.
15. Echographies et mammographies
Le montant prévu des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.
16. Vaccins
Les frais pour les vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins et qui sont nécessaires en Suisse ainsi que celles qui sont prescrites en cas de départ à l'étranger.
17. Test Elisa ou VIH
L'assureur alloue une contribution annuelle aux frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par les dispensateurs de soins reconnus.
18. Stérilisation volontaire
Le pourcentage prévu des frais d'intervention, conformément aux tarifs qui seraient applicables dans l'assurance obligatoire des soins.

19. Traitements dentaires en cas d'accident
Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste ou un technicien dentaire au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA.
20. Soins dentaires en cas de maladie
Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédé-

ral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA.

21. Frais de transport
L'assureur alloue une contribution aux frais de transport consécutifs à une maladie ou à un accident couvert jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de recherche et de sauvetage. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

22. Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants
L'assureur prend en charge les frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants.

**3. Groupe Mutuel Assistance**
Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 km du domicile de l'assuré).

**2. Global junior**
Prestations supplémentaires:

**a. Garde d'enfants malades à domicile**
Prestations allouées si la garde est effectuée par une personne qui provient d'un organisme agréé par l'assureur.

**b. Cotisation activité sportive ou nature**
Sur présentation d'une facture justificative, prise en charge d'une participation à la cotisation de membre actif d'un club sportif ou d'une association reconnus par l'assureur.

**3. Global senior**
Prestations supplémentaires:

**a. Soins palliatifs**
L'assureur alloue une contribution dans le cadre des soins palliatifs, à savoir l'ensemble des techniques médicales et infirmières destinées aux personnes en fin de vie et dispensées à domicile par du personnel dûment qualifié travaillant sous l'autorité d'une institution reconnue par l'assureur.
Une demande préalable doit être présentée à l'assureur qui déterminera pour chaque cas l'étendue de la contribution allouée.

**b. Séjour de mise en forme**
L'assureur alloue une contribution annuelle pour un séjour de mise en forme auprès d'établissements reconnus par l'assureur offrant un programme précis dans ce domaine.

**c. Conseils et cours de diététique**
L'assureur alloue une contribution annuelle pour des conseils et cours de diététique reconnus par l'assureur.

**4. Global temporis**

a. Global Temporis octroie, temporairement, des prestations Global mi-privée aux personnes assurées pour une couverture comparable auprès d'un autre assureur.
b. Les prestations Global Temporis concernent les soins complémentaires décrits sous les ch. 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.3; elles ne concernent pas les prestations énoncées sous ch. 2.1.1 (hospitalisation).
c. Pour les soins complémentaires pris en charge, les prestations de Global Temporis correspondent au 30% de celles offertes par Global mi-privée.
d. Le paiement des prestations de Global Temporis intervient en complément des prestations offertes par l'autre assureur.
e. Simultanément à l'adhésion à Global Temporis, l'assureur accepte, pour la date fixée sur la déclaration d'adhésion, l'entrée future de l'assuré, sans nouvel examen de l'état de santé, dans l'assurance Global mi-privée. Celle-ci doit se faire dans un délai de 2 ans au maximum.
f. La participation de l'assureur aux franchises et quotes-parts d'autres assureurs est exclue.
g. Pour la durée de Global Temporis, la prime est réduite par rapport à celle de Global mi-privée.
h. Lors du passage de la couverture Global Temporis à celle de Global mi-privée, et de l'adaptation de la prime qui en résulte, la disposition de l'art. 29 des CGC pour les assurances-maladie complémentaires donnant un droit de résiliation à l'assuré, n'est pas applicable.
i. Les prestations payées dans le cadre de Global Temporis et dont les limites sont liées à une période déterminée, comptent également pour le calcul du droit aux prestations après le passage à la couverture Global mi-privée.

## Art. 3 Etendue des prestations

Les prestations mentionnées dans l'art. 2 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans le tableau des prestations Global.

## Art. 4 Droit aux prestations

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement sur les montants assurés par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
3. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin ou d'une personne dûment autorisée et reconnue par l'assureur. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les quotes-parts et les franchises légales de l'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires.

## Art. 5 Avantages «LeClub»

Par son adhésion à l'assurance Global mi-privée, l'assuré bénéficie des avantages «LeClub», qui sont notamment:

1. Rabais dans les hôtels
Des rabais sont accordés dans les hôtels figurant sur une liste tenue par l'assureur.

2. Rabais cartes de crédit
   Les assurés peuvent obtenir ou renouveler leur carte de crédit avec les rabais convenus, figurant sur une liste tenue par l'assureur.
3. Rabais drogueries et pharmacies ou autres commerces
   Des rabais sont accordés dans les drogueries et pharmacies ou autres commerces figurant sur une liste tenue par l'assureur.

## Art. 6 Prime

L'assuré qui, durant l'année, atteint le niveau maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe supérieure au début de l'année civile suivante:

– de 0 à 18 ans;
– de 19 à 25 ans;
– dès la 26e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

| Types de prestations | Global mi-privée |
|---|---|
| **Médicaments limités** | 90% max. Fr. 1’000.–/année civile |
| **Médicaments hors-liste** | 90% max. Fr. 1’000.–/année civile |
| **Médecines douces** | 80% max. Fr. 3’000.–/année civile |
| **Cure balnéaires en Suisse** | 80% max. Fr. 500.– pour 30 jours/année civile |
| **Cures de convalescence** | Fr. 25.– par jour, max. 30 jours/année civile |
| **Cures de convalescence suite à l’hospitalisation** | Fr. 50.– par jour, max. 30 jours/année civile |
| **Cures balnéaires à l’étranger** | 50% max. Fr. 500.–/année civile |
| **Suppléments de tarifs** | Fr. 800.– par année civile |
| **Indemnité frais privés en cas d’hospitalisation** | Fr. 200.–/cas |
| **Frais d’accompagnement hospitalier** | Fr. 600.–/année civile |
| **Aide à domicile et frais de placement** | 90% max. Fr. 2’500.–/année civile |
| **Orthoptique** | 80% max. Fr. 3’000.–/année civile |
| **Lunettes et verres de contact** | Fr. 150.–/3 ans |
| **Appareils et prothèses orthopédiques** | Fr. 400.–/année civile |
| **Cours de préparation à l’accouchement** | Fr. 150.–/grossesse |
| **Indemnité unique d’allaitement** | Fr. 100.–/enfant |
| **Echographies et mammographies** | Fr. 200.–/année civile |
| **Vaccins** | 90% max. Fr. 200.–/année civile |
| **Test Elisa ou VIH** | Fr. 50.–/année civile |
| **Stérilisation volontaire** | 80% max. Fr. 400.– |
| **Traitements dentaires en cas d’accident** | 80% max. Fr. 6’000.–/cas |
| **Soins dentaires en cas de maladie** | 80% max. Fr. 150.–/3 ans |
| **Frais de transports** | 80% max. Fr. 2’000.–/année civile |
| **Psychotérapeutes non-médecins et psychologues indépendants** | 80% max. Fr. 700.–/année civile |
| **Hospitalisation** | Division mi-privée dans toute la Suisse |
| **Groupe Mutuel Assistance** | Assistance, encadrement et rapatriement en cas d’urgence médicale en voyage et à l’étranger |
| **Avantages «LeClub»**<br>**Global junior (de 0 à 18 ans)** | Rabais dans certains hôtels et commerces |
| **Garde d’enfants à domicile** | Fr. 300.–/année civile |
| **Cotisation activité sportive ou nature** | Fr. 30.–/année civile |
| **Global senior (dès 56 ans)** | |
| **Soins palliatifs** | 90% max. Fr. 3’000.–/année civile |
| **Séjours de mise en forme** | Fr. 300.–/année civile |
| **Conseils et cours de diététique** | 50% max. Fr. 250.–/année civile |

# Groupe Mutuel Assurances GMA SA (GMA SA)

# Avenant aux conditions particulières - version au 01.01.2024 Global Mi-Privée - GMAM01

Les dispositions de l'avenant s'appliquent dès le 1er janvier 2024 pour les personnes au bénéfice de l'assurance complémentaire Global mi-privée - GMAM01

**Prestations assurées**
Remplace l'art. 2.1.1.5 let. a, b et c.

a. L'assureur prend en charge les coûts des établissements ou médecins reconnus, c'est-à-dire ceux avec lesquels l'assureur a passé une convention tarifaire.
b. Si un assuré bénéficie de prestations d'un établissement ou médecin non reconnu, il lui sera alloué pour l'intervention de ce(s) dernier(s), selon le type de soins (aigus, réadaptation ou psychiatrie) et la division (mi-privée ou privée), les prestations d'hospitalisation stationnaire effectivement facturées mais au maximum les montants suivant par nuit d'hospitalisation :

| | **Montants par nuit d'hospitalisation** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Soins aigus** | | **Réadaptation et Psychiatrie** | |
| | **Mi-Privée** | **Privée** | **Mi-Privée** | **Privée** |
| **Médecin non reconnu:**<br>Remboursement des frais médicaux | Fr. 500.– | Fr. 500.– | Fr. 0.– | Fr. 0.– |
| **Hôpital non reconnu:**<br>Remboursement des frais hospitaliers | Fr. 300.– | Fr. 500.– | Fr. 100.– | Fr. 150.– |
| **Hôpital et Médecin non reconnus:**<br>Remboursement total<br>- Frais médicaux<br>- Frais hospitaliers | Fr. 800.–<br>- Fr. 500.–<br>- Fr. 300.– | Fr. 1'000.–<br>- Fr. 500.–<br>- Fr. 500.– | Fr. 100.–<br>- Fr. 0.–<br>- Fr. 100.– | Fr. 150.–<br>- Fr. 0.–<br>- Fr. 150.– |

La liste des fournisseurs de prestations et des montants maximums est disponible sur le site internet de l'assureur ou remise sur demande. La liste valable au moment du traitement est déterminante.
La liste des fournisseurs de prestations peut être modifiée en tout temps par l'assureur. Une telle modification de la liste n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

L'article 2.1.1.3. let. b n'est pas applicable dans le cas de prestations d'un établissement ou médecin non reconnu.

**Mesures d'économies**
Remplace l'art. 2.1.1.7 premier tiret
Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division mi-privée ou privée pour la division commune, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum CHF 5'000.– par hospitalisation.