

## Conditions particulières d'assurance (CPA) Assurance-hospitalisation PE

HE

HEGA01-F6 – édition 01.10.2003 (avec avenant au 01.01.2024)

### Table des matières

#### A. Généralités

<b>Art. 1</b>	Objet de l'assurance
<b>Art. 2</b>	Possibilités d'assurance
<b>Art. 3</b>	Conclusion de l'assurance avant la naissance
<b>Art. 4</b>	Définitions
<b>Art. 5</b>	Dispositions applicables

#### B. Prestations

<b>Art. 6</b>	Nécessité de séjour dans un hôpital pour soins aigus
<b>Art. 7</b>	Etendue des prestations
<b>Art. 8</b>	Durée des prestations
<b>Art. 9</b>	Prestations en cas de sous-assurance
<b>Art. 10</b>	Cures balnéaires
<b>Art. 11</b>	Cures de convalescence

<b>Art. 12</b>	Obligation de déclarer
<b>Art. 13</b>	Aide à domicile
<b>Art. 14</b>	Seconde opinion
<b>Art. 15</b>	Prestations à l'étranger PE 1
<b>Art. 16</b>	Versement des prestations
<b>Art. 17</b>	Prestations exclues

#### C. Variantes de l'assurance-hospitalisation PE

<b>Art. 18</b>	Franchise à option
<b>Art. 19</b>	Choix restreint de l'hôpital
<b>Art. 20</b>	Extension du choix de l'hôpital

#### D. Disposition transitoire

<b>Art. 21</b>	Réduction de primes
----------------	---------------------

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC PA), édition au 1<sup>er</sup> octobre 2003 du Groupe Mutuel Assurances GMA SA selon la LCA.

## A. Généralités

### Art. 1 Objet de l'assurance

1. L'assurance-hospitalisation PE est considérée comme assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins dans le cadre des conditions générales pour les assurances complémentaires de soins (CGS - Edition 1.10.2003).
2. L'assurance-hospitalisation PE prend en charge les frais en cas de séjour dans un hôpital. Elle accorde de plus des prestations pour les cures balnéaires et de convalescence ainsi que pour l'aide à domicile.
3. Pour l'assuré qui a conclu une forme particulière d'assurance conformément à l'art. 62 LAMal (p. ex. HMO, modèle de médecins de famille), s'appliquent en outre les conditions complémentaires d'assurance correspondantes.

### Art. 2 Possibilités d'assurance

1. Les possibilités d'assurance suivantes peuvent être choisies:
 

PE 1:	division privée;
PE 2:	division mi-privée;
PE 3:	division commune.

2. Ces possibilités d'assurance peuvent être conclues avec les options suivantes:
  - sans couverture en cas d'accident;
  - avec couverture en cas d'accident;
  - sans franchise;
  - avec franchise à option (PE1 et PE2);
  - avec libre choix de l'hôpital selon la LAMal;
  - avec choix restreint de l'hôpital;
  - avec extension du choix de l'hôpital.

### Art. 3 Conclusion de l'assurance avant la naissance

Lorsque la proposition d'assurance est présentée avant la naissance, l'enfant est accepté sans réserve dans la PE3. La conclusion d'assurance avant la naissance n'est pas possible pour la PE1 et la PE2.

### Art. 4 Définitions

1. Sont réputés hôpitaux les établissements hospitaliers placés sous direction et surveillance médicales ou leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou de suites d'accident ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation et qui figurent dans la liste cantonale des hôpitaux (art.

39 al. 1 let. e LAMal). Ils doivent garantir une assistance médicale suffisante, disposer du personnel qualifié nécessaire et d'équipements médicaux adéquats et garantir la fourniture adéquate des médicaments. Dans ce sens, les cliniques psychiatriques sont également considérées comme hôpitaux.

2. Ne sont pas réputés hôpitaux, les établissements de cure, les homes pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux, les homes pour malades chroniques, les hospices pour personnes en fin de vie et autres établissements hospitaliers qui ne sont pas prévus pour le traitement de patients atteints d'une maladie aiguë.
3. Est réputée division privée une chambre à un lit ou, exceptionnellement, à deux lits avec tarif reconnu par l'assureur.
4. Est réputée division mi-privée une chambre à deux lits ou, exceptionnellement, à plus de deux lits avec tarif reconnu par l'assureur.
5. Est réputée division commune une chambre à plusieurs lits avec tarif reconnu par l'assureur.
6. Lorsqu'un hôpital ne connaît aucun critère de classification pour les divisions hospitalières ou en applique d'autres que ceux mentionnés ci-dessus ou lorsque les tarifs d'une division ne sont pas reconnus par l'assureur, il s'agit alors d'une division privée. L'assureur peut fixer des tarifs maximaux, considérés comme critère pour le classement des divisions assurées. L'assureur tient une liste des hôpitaux qui ne disposent d'aucune division privée, mi-privée ou commune au sens des présentes dispositions. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.

## Art. 5 Dispositions applicables

Pour toutes les questions qui ne font pas l'objet d'une réglementation particulière dans le cadre des présentes conditions particulières d'assurance, les dispositions légales et les conditions générales pour les assurances complémentaires de soins (CGS) sont applicables.

## B. Prestations

### Art. 6 Nécessité de séjour dans un hôpital pour soins aigus

Les prestations hospitalières sont accordées:

1. si, en considération du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble, il y a une nécessité de séjourner dans un hôpital pour soins aigus;
2. pour l'hôpital pour soins aigus ou la division d'hôpital, dans lesquels l'assuré doit séjourner pour des raisons médicales.

### Art. 7 Etendue des prestations

1. Si et aussi longtemps que les conditions relatives à l'octroi des prestations sont remplies, les prestations couvrent tous les frais de séjour et de traitements scientifiquement reconnus, dans un hôpital pour soins aigus, ainsi que les

frais de traitement des médecins en fonction de l'assurance convenue (division commune, mi-privée ou privée) et selon le tarif reconnu par l'assureur.

2. Si une intervention ambulatoire moins coûteuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus (traitement semi-hospitalier) et si une convention existe entre l'institution dans laquelle l'intervention ambulatoire est pratiquée et l'assureur, les frais de l'intervention sont pris en charge par l'assurance-hospitalisation PE selon les tarifs conventionnels. Aucune participation aux coûts ne sera perçue pour les frais excédant les prestations légales obligatoires.

### Art. 8 Durée des prestations

1. En cas de traitement stationnaire dans un hôpital pour soins aigus, les prestations assurées sont versées sans limite de durée, aussi longtemps qu'existe la nécessité de séjourner dans un hôpital pour soins aigus.
2. En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont versées aussi longtemps que le séjour dans la clinique psychiatrique est nécessaire sur le plan médical et que la maladie n'est pas de nature chronique, mais tout au plus durant 180 jours en l'espace d'une année civile.

### Art. 9 Prestations en cas de sous-assurance

1. Pour les assurés de PE2 qui séjournent en division privée, les frais sont remboursés à raison de 75% des prestations de la PE1, mais tout au plus à raison de 75% du tarif maximal prévu à l'art. 4 al. 6.
2. Pour les assurés de PE3, les frais sont remboursés en cas de séjour en division privée à raison de 20% des prestations de PE1, en cas de séjour en division mi-privée à raison de 40% des prestations de PE2, mais tout au plus à raison de 20% resp. 40% du tarif maximal prévu à l'art. 4 al. 6.
3. Pour les assurés de PE1 qui séjournent dans un hôpital dont les tarifs dépassent les tarifs reconnus par l'assureur pour une division privée, les frais remboursés ne dépasseront pas le tarif maximal prévu à l'art. 4 al. 6.
4. En cas d'accouchement en division privée ou mi-privée d'un établissement hospitalier ou en division commune d'un hôpital extra-cantonal, les frais non couverts pour le nouveau-né en bonne santé, qui est assuré auprès de l'assureur depuis sa naissance, sont pris en charge par l'assurance PE de la mère.

### Art. 10 Cures balnéaires

1. En cas de cures balnéaires stationnaires, effectuées sur prescription médicale dans une station thermale suisse dirigée par un médecin et correspondant à l'art. 40 LAMal, les prestations suivantes sont versées par jour:  
PE 1: jusqu'à concurrence de Fr. 70.–  
PE 2: jusqu'à concurrence de Fr. 50.–  
PE 3: jusqu'à concurrence de Fr. 30.–  
Ces montants seront également accordés lorsque la cure balnéaire stationnaire, qui aura été prescrite par un méde-

cin, aura lieu dans une station thermale européenne dirigée par un médecin, disposant du personnel professionnel requis et proposant une thérapie appropriée pour le traitement des patients de cures balnéaires.

2. Ces prestations ne sont accordées que si la cure a été précédée d'un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement, ou si un tel traitement ambulatoire ne peut être appliqué. De plus, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et des mesures balnéologiques/physiothérapeutiques reconnues scientifiquement en Suisse doivent être effectuées selon le plan de cure.
3. La prestation journalière assurée est versée au maximum pendant 21 jours par année civile.

### **Art. 11 Cures de convalescence**

1. Un séjour de cure est médicalement nécessaire et ordonné par un médecin pour la guérison ou la convalescence consécutive à une maladie grave ou à une opération grave, les prestations journalières suivantes sont allouées:  
PE 1: jusqu'à concurrence de Fr. 70.–  
PE 2: jusqu'à concurrence de Fr. 50.–  
PE 3: jusqu'à concurrence de Fr. 30.–
2. La cure doit avoir lieu dans un établissement de cure suisse reconnu par l'assureur. L'assureur tient une liste des établissements de cure qu'il reconnaît. Cette liste est constamment mise à jour et peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.
3. Les prestations assurées sont versées au maximum pendant 21 jours par année civile.

### **Art. 12 Obligation de déclarer**

L'ordonnance de cure, établie par un médecin, doit être présentée à l'assureur avant le début de la cure et faire mention de l'établissement de cure ou de la station thermale ainsi que de la date du début de la cure.

### **Art. 13 Aide familiale**

1. Si, en cas d'une incapacité totale de travail, l'assuré doit, sur prescription médicale, faire appel à une aide familiale, en raison de son état de santé et de circonstances personnelles et familiales, pour les frais dûment justifiés et non couverts par l'assurance Diversa, les prestations journalières suivantes sont allouées:  
PE 1: jusqu'à concurrence de Fr. 70.–  
PE 2: jusqu'à concurrence de Fr. 50.–  
PE 3: jusqu'à concurrence de Fr. 30.–
2. Est considérée comme aide familiale la personne qui, à titre professionnel, pour son compte ou celui d'une organisation, fait le ménage en lieu et place de l'assuré. Le même montant peut être accordé, si une autre personne fait le ménage en lieu et place de l'assuré malade et que les frais correspondants sont dûment justifiés.
3. La prestation journalière assurée est accordée 30 fois au maximum par année civile.
4. Les prestations pour aide familiale ne sont pas accordées simultanément avec d'autres prestations de l'assurance-hospitalisation PE.

### **Art. 14 Seconde opinion**

Avant une opération, l'assuré peut s'adresser au médecin-conseil de l'assureur pour obtenir une appréciation de la nécessité médicale de cette intervention par celui-ci ou un autre médecin. Les coûts de cet examen sont à la charge de l'assureur.

### **Art. 15 Prestations à l'étranger PE1**

1. En cas d'hospitalisation aiguë et médicalement nécessaire dans un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique à l'étranger, les frais pour le traitement médical scientifiquement reconnu en Suisse et les frais de logement et de pension sont couverts par la PE1. Aucune prestation n'est accordée de PE2 et de PE3.
2. Les prestations mentionnées ci-dessus ne sont accordées que jusqu'au moment où le retour au domicile ou le transfert dans un établissement hospitalier suisse peut être exigé raisonnablement sous l'angle médical.
3. Les prestations à l'étranger ne sont accordées que pour des traitements appliqués dans le pays de séjour actuel. Aucune prestation ne peut être revendiquée pour des transferts et traitements dans des Etats tiers.
4. Lorsque l'assuré(e) se rend à l'étranger en vue d'un traitement, de soins ou d'un accouchement, aucune prestation n'est accordée.
5. L'assuré doit fournir les indications médicales nécessaires au versement des prestations et présenter la facture originale détaillée dans l'une des langues nationales suisses ou en anglais. Si l'assuré ne peut fournir aucune facture détaillée, les prestations seront fixées en tenant compte du genre, de la gravité et de la durée de la maladie resp. des suites d'un accident.
6. Pour les frontaliers, on entend par étranger les territoires qui se trouvent hors de la Suisse et d'un corridor limitrophe de 20 km à partir de la frontière nationale Suisse.

### **Art. 16 Versement des prestations**

Le versement des prestations est régi par les dispositions de l'art. 33 CGS.

Si le canton de domicile, en contradiction avec l'art. 41 al. 3 LAMal, refuse de prendre en charge les frais supplémentaires découlant d'une hospitalisation dans un autre canton justifiée par des raisons médicales, l'assureur établit le décompte de ses prestations comme si le canton endossait le supplément des frais hors-canton dans le cadre d'un séjour en division commune.

### **Art. 17 Prestations exclues**

L'assurance PE n'octroie aucune prestation:

1. pour les traitements ambulatoires, à l'exception de l'art. 7 al. 2.
2. pour le traitement et le séjour dans des hôpitaux pour soins aigus et des cliniques psychiatriques en raison d'un abus de drogues, de stupéfiants, d'alcool ou de médicaments ainsi que d'une maladie chronique;
3. pour les frais personnels (téléphone, ports, TV, radio etc.);
4. pour les traitements dentaires qui ne font pas partie des prestations obligatoires de l'assurance obligatoire des soins;

5. pour le traitement, les soins, la surveillance et le séjour dans un établissement médico-social et dans un home pour malades chroniques ou personnes âgées;
6. pour le traitement et le séjour en cas de transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des caisses-maladie (SVK) a convenu des forfaits par cas. Ceci est également valable pour les cliniques dans lesquelles aucun forfait par cas n'a été convenu;
7. pour les traitements dans les hôpitaux ne figurant pas sur la liste cantonale des hôpitaux (art. 39 al. 1 let. e LAMal). L'assurance avec extension du choix de l'hôpital demeure réservée;
8. dans la PE2 et la PE3: pour les traitements à l'étranger;
9. dans les cas mentionnés à l'art. 31 CGS.

## C. Variantes de l'assurance-hospitalisation PE

### Art. 18 Franchise à option

1. Moyennant une réduction correspondante des primes, les assurés de la PE1 et de la PE2 ont la possibilité d'assumer eux-mêmes les frais occasionnés à la charge de l'assurance-hospitalisation PE jusqu'à concurrence d'un montant fixe par année civile (franchise). Les franchises à option suivantes sont possibles:
  - Fr. 1'000.– par année civile
  - Fr. 2'000.– par année civile
  - Fr. 3'000.– par année civile
  - Fr. 5'000.– par année civile ou
  - Fr. 10'000.– par année civile.
2. Le choix d'une franchise dans l'assurance-hospitalisation PE déjà existante est possible indépendamment de l'état de santé et de l'âge pour le début d'un mois.
3. Le passage d'une franchise plus basse à une plus élevée est possible indépendamment de l'état de santé et de l'âge pour la fin d'une année civile.
4. Une nouvelle procédure d'affiliation au moyen d'une proposition d'assurance est requise pour le passage à une franchise plus basse. Ce changement est possible pour la fin d'une année civile, pour la première fois, après une durée d'assurance de trois ans, en respectant un délai de résiliation de trois mois.
5. Si l'assurance avec franchise à option n'existe pas pendant toute la durée d'une année civile, la franchise est calculée pro rata temporis.
6. En cas de recours aux prestations de l'assurance-hospitalisation PE, les assurés avec franchise à option assumeront tout d'abord la franchise choisie par année civile.
7. En cas d'hospitalisations de courte durée chevauchant sur deux années, la franchise à option ne sera perçue qu'une seule fois. Sont réputés hospitalisations de courte durée les séjours dont la durée est de 30 jours au maximum.
8. Lorsque des assurés avec une franchise à option se rendent dans une division commune selon l'art. 4 al. 5, il est renoncé à la perception de la franchise.

9. Lorsque des assurés de PE1 avec une franchise à option se rendent pour leur hospitalisation dans une division privée selon l'art. 4 al. 4, il n'est perçu que la moitié de la franchise à option.

### Art. 19 Choix restreint de l'hôpital

1. Moyennant une réduction correspondante des primes, les assurés de l'assurance PE ont la possibilité de souscrire la variante impliquant un choix restreint de l'hôpital.
2. Dans la variante impliquant un choix restreint de l'hôpital, la couverture des prestations se limite aux hôpitaux pour soins aigus, désignés par l'assureur. L'assureur tient une liste des hôpitaux pour soins aigus qui peuvent être choisis dans cette variante. Celle-ci est constamment mise à jour. Elle peut être consultée auprès de l'assureur ou un extrait peut en être demandé.
3. En cas d'urgence ou si les prestations nécessaires ne peuvent pas être offertes dans les hôpitaux pour soins aigus figurant sur la liste, les frais sont couverts intégralement. L'art. 9 demeure réservé.
4. Le passage de la variante impliquant un choix restreint de l'hôpital à une variante de couverture sans restriction du choix de l'hôpital est possible pour la première fois après une durée d'assurance de trois ans pour la fin d'une année civile, puis pour la fin de chaque année civile. Un délai de résiliation de 12 mois doit être observé dans tous les cas. Une nouvelle procédure d'admission au moyen d'une proposition d'assurance n'est pas nécessaire.

### Art. 20 Extension du choix de l'hôpital

1. Contre une augmentation correspondante des primes, l'assuré de l'assurance-hospitalisation PE a la possibilité de conclure la variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital.
2. Dans la variante d'assurance avec extension du choix de l'hôpital, l'assureur accorde également des prestations pour des séjours dans les hôpitaux qui ne sont pas sur la liste cantonale (art. 39 al. 1 let. e LAMal).
3. Les prestations versées atteignent au plus le tarif maximal reconnu par l'assureur pour l'hôpital concerné.

## D. Disposition transitoire

### Art. 21 Réduction de primes

Les assurés qui ont conclu l'assurance-hospitalisation PE avant 1997 bénéficient d'une réduction de primes. Le montant de cette réduction dépend de la durée de l'assurance au 31 décembre 1996.

# Groupe Mutuel Assurances GMA SA (GMA SA)

## Avenant aux conditions particulières - version au 01.01.2024 Assurance hospitalisation PE - HEGA01

Les dispositions de l'avenant s'appliquent dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024 pour les personnes au bénéfice de l'assurance complémentaire hospitalisation PE – HEGA01.

### Définitions

L'art. 4 al. 6 est supprimé.

### Etendue des prestations

Remplace l'art. 7.

- Si et aussi longtemps que les conditions relatives à l'octroi des prestations sont remplies, 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.
- Si une intervention ambulatoire moins coûteuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus (traitement semi-hospitalier) et si une convention existe entre l'institution dans laquelle l'intervention ambulatoire est pratiquée et l'assureur, les frais de l'intervention sont pris en charge par l'assurance hospitalisation PE selon les tarifs conventionnels. Aucune participation aux coûts ne sera perçue pour les frais excédant les prestations légales obligatoires.
- 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
<b>Médecin non reconnu:</b> Remboursement des frais médicaux	Fr. 500.–	Fr. 500.–	Fr. 0.–	Fr. 0.–
<b>Hôpital non reconnu:</b> Remboursement des frais hospitaliers	Fr. 300.–	Fr. 500.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
<b>Hôpital et Médecin non reconnus:</b> Remboursement total - Frais médicaux - Frais hospitaliers	Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.–	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–	Fr. 100.– - Fr. 0.– - Fr. 100.–	Fr. 150.– - Fr. 0.– - 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 9 al. 1 et 2, n'est pas applicable dans le cas de prestations d'un établissement ou médecin non reconnu.

### Mesures d'économie

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.

### Prestations en cas de sous-assurance

L'art. 9 al. 3 est supprimé.

### Extension du choix de l'hôpital

L'art. 20 est supprimé.