

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 Groupe Mutuel Assurances GMA 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.

Conditions spéciales de l'assurance maladie complémentaire d'hospitalisation avec limitation du choix de l'établissement hospitalier

CH-L

CHAM01-F5 – édition 01.09.2010

Table des matières

Art. 1	Objet	Art. 4	Prestations
Art. 2	Garantie d'assurance	Art. 5	Contribution du preneur d'assurance
Art. 3	Choix de l'établissement hospitalier	Art. 6	Délimitation de la couverture

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 Groupe Mutuel Assurances GMA SA selon la LCA.

Art. 1 Objet

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 Choix de l'établissement hospitalier

Le choix de l'assuré se limite aux établissements hospitaliers avec lesquels l'assureur a passé une convention propre ou, à défaut, dont le nom figure dans une liste remise aux assurés au début de chaque année civile.

Art. 4 Prestations

1. Pour les maladies et accidents nécessitant la mise en oeuvre de mesures médicales continues et intensives, l'assureur couvre les frais mentionnés à l'article 1;
2. En sus des prestations de l'assurance obligatoire des soins:

- a. 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;
- b. Les assurés de la division mi-privée reçoivent le 75% des frais de la division privée s'ils séjournent en division privée;

3. 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;
4. La durée des prestations est illimitée;
5. Si les conditions mentionnées à l'art. 3 ne sont pas remplies, les prestations sont accordées à raison de 50% des frais facturés en sus des prestations de l'assurance obligatoire des soins;
6. Lors d'un séjour hospitalier hors-canton en division mi-privée ou privée justifié par des raisons médicales, la garantie se limite à l'équivalent des frais reconnus dans la convention relative à l'hospitalisation avec choix limité d'établissements hospitaliers.

Art. 5 Contribution du preneur d'assurance

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

Art. 6 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:

1. Les traitements non indemnisés préalablement par un assureur au titre de l'assurance obligatoire des soins;
2. 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;
3. 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;
4. La maternité;
5. Maladies mentales, nerveuses ou chroniques.

Conditions spéciales de l'assurance complémentaire maternité

CH-M

CHAM01-F5 – édition 01.09.2010

Table des matières

Art. 1	Objet	Art. 4	Délai de carence
Art. 2	Conditions d'admission	Art. 5	Prestations
Art. 3	Garantie d'assurance	Art. 6	Indemnité au preneur d'assurance

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 Groupe Mutuel Assurances GMA SA selon la LCA.

Art. 1 Objet

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 maternité. L'art. 4.5. des conditions générales est applicable.

Art. 2 Conditions d'admission

L'assurance «maternité» ne peut être conclue que complémentairement à l'assurance d'hospitalisation ou à l'assurance d'hospitalisation avec limitation du choix de l'établissement hospitalier.

Art. 3 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. 4 Délai de carence

1. Pour la garantie d'assurance «division commune», le droit aux prestations ne prend effet qu'après un an d'affiliation.
2. Pour les garanties d'assurance «division mi-privée» et «division privée», le droit aux prestations ne prend effet qu'après deux ans d'affiliation.

Art. 5 Prestations

1. En sus des prestations de l'assurance obligatoire des soins:
 - a. les assurés de la division commune reçoivent le 20% des frais de la division privée si elles séjournent en division privée, respectivement le 40% des frais de la division mi-privée si elles séjournent en division mi-privée;
 - b. les assurés de la division mi-privée reçoivent le 75% des frais de la division privée si elles séjournent en division privée;
2. L'assureur assume les frais consécutifs au traitement et au séjour dans les établissements hospitaliers publics ou privés de la mère et du nouveau-né lorsque celui-ci est également affilié auprès de l'assureur.

Art. 6 Indemnité au preneur d'assurance

Pour tout accouchement impliquant une durée d'hospitalisation inférieure à 6 jours, l'assureur alloue une indemnité de Fr. 100.– par jour évité d'hospitalisation. Toutefois, les séjours hospitaliers faisant l'objet d'une facturation forfaitaire globale ne sont pas concernés par cette mesure.