

Conditions particulières de l'assurance maladie **HP** complémentaire d'hospitalisation pour frais de chambre et pension

HPAMAV-F4 – édition 01.09.2010

Table des matières

Art. 1	Objet	Art. 4	Surassurance
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 Objet

En cas de séjour hospitalier, l'assureur couvre en complément de l'assurance obligatoire des soins, les frais 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 une garantie journalière d'hospitalisation maximale fixée à Fr. 300.–.

Art. 3 Prestations

1. La garantie journalière d'hospitalisation assurée est versée pendant 720 jours compris dans une période de 900 jours consécutifs. Une fois cette garantie épuisée, le droit est définitivement éteint;
2. En cas de séjour dans un établissement hospitalier pour maladies ou accidents, l'assureur couvre les frais de chambre et pension selon la garantie choisie;
3. En cas de séjour pour maladies mentales, maladies nerveuses ou maladies chroniques, la garantie choisie à l'art. 2 est accordée à raison de 50% des frais facturés en sus des prestations de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 4 Surassurance

En aucun cas la garantie assurée ne doit, ajoutée aux prestations de l'assurance obligatoire des soins ou aux prestations accordées par des tiers, dépasser la totalité des frais de chambre et pension.

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.