

Assurance complémentaire d'hospitalisation Conditions particulières d'assurance

HC

HCAMCV-F1 – Edition 01.09.2010

Table des matières

Art. 1	But et objet de l'assurance	Art. 6	Prestations exclues
Art. 2	Groupes de prestations	Art. 7	Traitements psychiatriques
Art. 3	Durée et étendue des prestations	Art. 8	Participations et frais non assurés
Art. 4	Annonce d'une hospitalisation	Art. 9	Adaptation de la prime
Art. 5	Prestations assurées		

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

Art. 1 But et objet de l'assurance

Cette assurance a pour but de prendre en charge, à titre complémentaire, en cas de maladie et sauf convention contraire en cas d'accidents, les frais hospitaliers non couverts entièrement par l'assurance obligatoire des soins (branche AH), à l'exclusion des cas de maternité (branche NA). Par frais hospitaliers, on entend les frais de traitement et les frais hôteliers (chambre et pension).

Art. 2 Groupes de prestations

Groupe 1: Division générale

Couverture des frais hospitaliers en division générale d'un établissement hospitalier suisse public en soins généraux ou psychiatriques, reconnu au sens de l'article 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), pour les assurés souffrant d'affections aiguës nécessitant la mise en oeuvre de mesures médicales intensives et continues lorsque les dispositions de l'article 41, chiffre 3) LAMal ne sont pas applicables.

Groupe 2: Division demi-privée

Couverture identique au groupe 1, mais également dans tout établissement hospitalier suisse reconnu au sens de l'article 39 LAMal, en division demi-privée (chambre à plus d'un lit).

Groupe 3: Division privée

Couverture identique au groupe 2, mais en division privée (chambre à un lit).

Variantes pour les groupes 2 et 3:

Le choix des variantes «modera» ou «economica» donne droit à une réduction de prime.

Modera: Couverture intégrale durant 7 jours pour tous les établissements du groupe choisi, puis participation de Fr. 100. — par jour, à charge de l'assuré dès l'instant où son séjour hospitalier dépasse une durée de 7 jours. Le cas échéant, cette participation est perçue dès le premier jour d'hospitalisation sur tous les frais payés par la présente assurance; elle est cependant limitée à Fr. 1'500. — par année civile.

Economica: Couverture intégrale en division économique d'un établissement hospitalier ayant passé une convention particulière avec l'assureur ou, à défaut, dont le nom figure

dans une liste remise aux assurés au début de chaque année civile au moins. Pour le cas d'urgence, l'établissement doit être reconnu au sens de l'article 39 LAMal.

Integra: Couverture intégrale pour tous les établissements du groupe choisi.

Art. 3 Durée et étendue des prestations

1. Les prestations de la présente assurance sont versées au plus pendant 90 jours par cas d'hospitalisation sous réserve de la règle prévue sous chiffre 3.2 ci-dessous.
2. L'assureur peut, pour des raisons médicales, prolonger sa garantie au-delà de la période mentionnée sous chiffre 3.1 ci-dessus. Un transfert dans un centre de réhabilitation agréé par l'assureur prolonge la garantie initiale.
3. Lorsque certains établissements hospitaliers facturent des frais qui s'écartent de plus de 20% de la moyenne des prix pratiqués dans le canton, l'assureur peut limiter ses prestations à un montant journalier, fixé par l'assureur pour chacun de ces établissements.
4. L'assureur se réserve même le droit d'exclure certains dispensateurs de soins (établissements, médecins, etc.) de l'assurance complémentaire d'hospitalisation. Les assurés doivent être préalablement informés de cette exclusion, celle-ci entrant en vigueur 30 jours après la communication écrite.

Art. 4 Annonce d'une hospitalisation

Préalablement à toute entrée dans un établissement hospitalier, cas d'urgence exceptés, l'assuré ou ses proches doivent en aviser l'assureur. A défaut de cet avis, les prestations ne seront servies qu'à partir du jour de l'annonce.

Art. 5 Prestations assurées

1. Séjours hospitaliers

1. Si le canton de résidence, en contradiction avec l'article 41, alinéa 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 de résidence endossait le supplément de frais hors canton dans le cadre d'un séjour en division générale.

2. Si un assuré affilié au groupe 2 séjourne en division privée d'un établissement hospitalier reconnu au sens de l'article 39 LAMal, les prestations suivantes lui sont versées:
 - frais hôteliers (chambre et pension);
 - prise en charge des frais à concurrence de 80%;
 - frais de traitement: illimités.

2. Cures balnéaires – Séjours de convalescence

En cas de cure balnéaire ou de séjour de convalescence prescrit par un médecin, dans un établissement à direction médicale situé en Suisse, reconnu au sens de l'article 40 LAMal, ou agréé par l'assureur, et avec l'accord préalable du médecin-conseil, les prestations journalières suivantes sont allouées:

Gr. 1: Fr. 30.— Gr. 2: Fr. 40.— Gr. 3: Fr. 50.—

3. Frais de transport

Le transport jusqu'au plus proche centre sanitaire (médecin, hôpital, etc.) apte à dispenser les soins nécessaires, est couvert jusqu'à concurrence de Fr. 1'000.— par cas en Suisse ou à l'étranger: il en est de même si l'assuré doit être transféré pour des raisons médicales d'un hôpital à un autre (exclusivement entre établissements de soins généraux ou psychiatriques), sous réserve des obligations de tiers prévues par des accords conventionnels ou autres.

4. Frais de garde privée

L'assureur prend à sa charge les frais de garde privée dans un établissement en soins généraux, à raison de Fr. 100.— par jour ou par nuit au maximum, jusqu'à concurrence de Fr. 500.— par hospitalisation. Une indemnité est également allouée, à raison de Fr. 50.— par jour ou par nuit au maximum, jusqu'à concurrence de Fr. 250.— par hospitalisation, pour les enfants en bas âge assurés dans la présente catégorie d'assurance et dont l'état de santé requiert en permanence la présence du père ou de la mère ou, à défaut, d'un proche parent. Les prestations mentionnées ci-dessus sont versées sur présentation de la facture établie par l'établissement hospitalier.

5. Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident pendant un séjour temporaire à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue, dans les limites du groupe de prestations choisi, les prestations qu'il aurait versées s'il avait été soigné à son lieu de domicile en Suisse. Si l'assuré affilié au groupe 2 n'est pas en mesure d'apporter la preuve qu'il a bien séjourné dans la division correspondant au groupe de prestations choisi lors de son admission, le chiffre 5.1 est applicable.

Art. 6 Prestations exclues

En complément des motifs d'exclusion selon l'article 6 des CGA, les prestations de la présente assurance ne sont également pas accordées en cas:

1. de traitement en relation avec la grossesse dès la treizième semaine;
2. de l'interruption volontaire de la grossesse au sens de l'article 120 du Code pénal;
3. de procréation médicalement assistée;
4. de traitement de la stérilité;
5. de cures de désintoxication et de traitements des dépendances.

Art. 7 Traitements psychiatriques

Les prestations de la présente assurance sont réduites de moitié en cas de traitement psychiatrique, en division semi-privée ou privée.

Art. 8 Participations et frais non assurés

1. Les éventuelles franchises, quote-parts ou participations journalières, imposées aux assurés par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les cantons ou les conventions en cas d'hospitalisation en chambre commune, ne sont pas prises en charge par la présente assurance complémentaire.
2. Les frais personnels (boissons, téléphones, TV, etc.) ne sont pas couverts.

Art. 9 Adaptation de la prime

La prime du tarif «adultes», qui est fractionné en classes d'âges de 5 ans, est adaptée en fonction de l'âge effectif de la personne assurée. A partir de la classe d'âge 26-30 ans, elle augmente de 10% lors de chaque passage à la classe suivante. Après entrée dans la dernière classe d'âges (61ans et plus), la prime ne subit plus d'augmentation.