

Garantie Hospitalisation



**Note d'information
détaillée**



Nous vous remercions d'avoir choisi la complémentaire santé proposée par la Macif et vous souhaitons la bienvenue parmi nos adhérents.

Souscrire le contrat Garantie Hospitalisation, c'est faire le choix d'une complémentaire santé adaptée à vos besoins et au meilleur prix.

Avec Garantie Hospitalisation, vous disposez :

- d'une prise en charge immédiate,
- de remboursements rapides,
- d'une consultation de vos remboursements en ligne,
- de garanties d'assistance pour vous accompagner.

Chaque jour, nous nous engageons à vos côtés pour simplifier vos démarches de santé et vous garantir une meilleure prise en charge de vos besoins.

Le contrat Garantie Hospitalisation est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la Macif au profit de ses sociétaires, de leur conjoint, descendants ou ascendants.

Il est assuré par Apivia Macif Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Les garanties d'assistance prévues au contrat sont assurées par IMA Assurances, entreprise soumise au Code des assurances.

Ce contrat est soumis à la loi française. **Ce n'est pas un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.**

La présente note d'information détaillée définit vos droits et devoirs ainsi que ceux de la mutuelle. La langue utilisée pendant toute la vie du contrat est le français.



Pour une meilleure lecture de votre contrat Garantie Hospitalisation, le "vous" doit être compris comme l'adhérent et le "nous" comme la Mutuelle. Un lexique est à votre disposition en fin de document pour une parfaite compréhension des termes techniques. Les mots ou expressions ainsi définis sont désignés par un astérisque dans le texte.

SOMMAIRE

VOTRE ADHÉSION	3
VOS GARANTIES SANTÉ	4
VOS REMBOURSEMENTS - MODE D'EMPLOI	6
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	7 / 9
VOS GARANTIES D'ASSISTANCE	10 / 17
LEXIQUE	18

CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour souscrire le contrat Garantie Hospitalisation, vous devez au moment de l'adhésion :

- être sociétaire de la Macif, conjoint*, ascendant ou descendant d'un sociétaire ;
- être âgé de plus de 16 ans et avoir la capacité de contracter ;
- résider en France métropolitaine ou dans un département et région d'outre-mer (DROM) ;
- être affilié à un régime obligatoire* français d'assurance maladie.

L'adhésion est possible **sans limite d'âge**. Cependant, au-delà de 70 ans, vous devez justifier d'une couverture complémentaire précédente, sans interruption de garanties au moment de la souscription. Pour cela, vous devez nous remettre un certificat de radiation mentionnant la date de fin de votre précédente couverture fixée à la veille de la date d'effet de l'adhésion.

L'âge de l'adhérent* est calculé par différence de millésime entre l'année de prise d'effet de son contrat et son année de naissance moins une année. Par exemple, pour une personne née en 1965, l'âge retenu en 2023 sera déterminé comme suit : $(2023 - 1965) - 1 = 57$ ans.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Vous devez :

- compléter, signer et dater la demande d'assurance en indiquant les éventuels ayants droit que vous souhaitez désigner comme assurés* au titre du contrat ;
- fournir une copie de votre pièce d'identité en cours de validité ainsi qu'une copie de l'attestation de carte Vitale de chacun des assurés* ;
- le cas échéant, le mandat de résiliation dûment signé lorsque vous souhaitez que la mutuelle résilie votre précédent contrat santé, souscrit auprès d'un autre organisme assureur,

En cas de paiement par prélèvement, vous devez également remplir un mandat de prélèvement SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire.

L'adhésion n'est soumise à aucun questionnaire médical.

Les membres de votre famille pouvant être désignés assurés*, soit en qualité d'adulte, soit en qualité d'enfant sont :

Personnes pouvant être désignées comme assuré*	Qualité
• votre conjoint*, • vos ascendants vivant sous votre toit, • vos enfants âgés de 20 à 26 ans, qui ne poursuivent pas d'études.	ADULTE
• vos enfants de moins de 20 ans, • vos enfants âgés de 20 à 26 ans qui justifient de la poursuite d'études (certificat de scolarité exigé).	ENFANT

Le nombre d'assurés* adultes est limité à trois par adhésion, le nombre d'assurés* enfants n'est pas limité.

La mutuelle concrétise votre adhésion par l'envoi d'une carte de tiers payant* qui prouve votre appartenance à la mutuelle et vous permet de bénéficier du service de tiers payant* auprès des professionnels de santé conventionnés.

Cette carte précise les actes ou prestations* pouvant se voir appliquer le tiers payant*. Cette carte reste la propriété de la mutuelle.



Si un assuré* est bénéficiaire d'un autre contrat de complémentaire santé, vous devez nous en informer.

PRISE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION

L'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur votre demande d'assurance et au plus tôt au 1^{er} jour du mois suivant la date de signature de cette demande. Lorsque la souscription du contrat intervient dans le cadre d'un mandat de résiliation prévu à l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, le contrat prend effet au lendemain de la prise d'effet de la résiliation du précédent contrat souscrit auprès d'un autre assureur.



Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré* ayant respecté le parcours de soins*. Ces remboursements sont effectués dans la limite des dépenses engagées par l'assuré*.

Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale* en incluant son remboursement. Ces garanties sont accordées sous réserve d'une intervention du Régime obligatoire*.

Les remboursements exprimés en euros correspondent au remboursement de la mutuelle seule hors remboursement de la Sécurité sociale. Les forfaits s'entendent par assuré*. Lorsque le forfait est annuel, la référence est l'année civile.

Honoraires chirurgicaux et médicaux	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %
Radiologie	100 %
Honoraires paramédicaux*	100 %
Participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Oui
Frais de transport	100 %
Frais de séjour	100 %
Forfait journalier hospitalier*	Remboursement intégral sauf séjour pour affection psycho-pathologique : 90 jours par an
Chambre particulière	50 € / jour limité à 90 jours par an
Chambre accompagnant de l'assuré*	20 € / jour limité à 90 jours par an

DESCRIPTIF DES GARANTIES

SONT GARANTIS

- Les honoraires chirurgicaux et médicaux
- Les analyses et examens de laboratoire
- La radiologie (y compris les produits pour examen)
- Les honoraires paramédicaux* : honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages-femmes, remboursés par le Régime obligatoire*
- La participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €
- Les frais de transport
- Les frais de séjour*
- Le forfait journalier hospitalier*

La prise en charge du forfait journalier hospitalier* est limité à 90 jours par année civile et par assuré* dans le cas d'une affection psycho-pathologique.

- La chambre particulière
Dans la limite de 90 jours par année civile et par assuré*
- La chambre accompagnant
Dans la limite de 90 jours par année civile et par assuré*
- Les soins et prestations* liés à une hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Ces garanties sont mises en jeu lorsque l'assuré* passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations* est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime obligatoire*.

CE QUI EST EXCLU EN HOSPITALISATION

- Les séjours en établissements médico-sociaux*, (tels que notamment les maisons d'accueil spécialisées, les centres médico-éducatifs, les instituts psychopédagogiques, les centres de rééducation professionnelle), les séjours en établissements pour personnes âgées ou dépendantes (tels que notamment les EHPAD et les maisons de retraite), les séjours en ateliers thérapeutiques, les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours.
- Tous les soins réalisés dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire* y compris la chambre particulière et la chambre accompagnant.

LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIE

Exclusions communes à toutes les garanties

Ne donnent pas lieu aux garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat :

- les participations forfaitaires* mentionnées au II de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- le forfait patient urgences ;
- la majoration du ticket modérateur* lorsque l'assuré* ne respecte pas le parcours de soins* ;
- les dépassements d'honoraires* pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré* ne respecte pas le parcours de soins*.

Limites de remboursement

L'assuré* ne peut pas bénéficier de remboursements supérieurs aux frais qu'il a exposés.

En outre, et sauf exceptions inscrites dans le tableau des garanties, les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du Régime obligatoire* de l'assuré* n'ouvrent pas droit à un remboursement de la mutuelle.

Si vous êtes assuré auprès de plusieurs organismes complémentaires, vous pouvez être remboursé par l'organisme de votre choix. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Aucune prestation* n'est due pour des soins réalisés avant la date d'effet du contrat ou après la date de résiliation du contrat.

Cependant, pour les actes d'hospitalisation commencés avant la date d'effet du contrat, le contrat prendra en charge les soins réalisés après la prise d'effet du contrat. Cette prise en charge est accordée sous réserve d'une précédente couverture sans interruption d'assurance, justifiée par la production d'un certificat de radiation.

VOS REMBOURSEMENTS - MODE D'EMPLOI

COMMENT VOUS INFORMER AVANT VOS SOINS ?

Pour vous aider à optimiser vos dépenses de santé, notre mutuelle vous fait bénéficier de divers avantages et services, et notamment l'accès à un réseau de soins partenaire.

Ces avantages et services vous permettent de bénéficier d'une aide pour l'analyse de vos devis de soins ; de plusieurs applications web et notamment d'un service de téléconsultation ; mais également de tarifs négociés auprès de nombreux professionnels de santé (opticiens, chirurgiens-dentistes, centres auditifs, diététiciens, ...). Vous conservez, dans tous les cas, la liberté de choix de votre professionnel de santé.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à vous rendre dans votre Espace personnel Assurance sur notre site www.macif.fr.

COMMENT BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT* ?

Pour en bénéficier, c'est très simple : l'assuré* doit effectuer une demande de prise en charge à la mutuelle, avant d'effectuer les soins.

QUELS DOCUMENTS ENVOYER POUR OBTENIR SES REMBOURSEMENTS ?

Une fois les soins réalisés, l'assuré* doit nous adresser des justificatifs pour être remboursé. Les justificatifs demandés sont les suivants :

- le bulletin d'hospitalisation délivré par l'hôpital ;
- l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.

En cas de soins effectués à l'étranger, nous pouvons demander la traduction des documents utiles au remboursement.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations* sont à la charge de l'assuré*.

OÙ LES ADRESSER ET DANS QUEL DÉLAI ?

Les documents listés ci-avant doivent nous être envoyés à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant*.

Pour être recevable, toute demande de prestations* doit être présentée dans les **2 ans** suivant la date de remboursement par le Régime obligatoire*, ou la date de réception du ticket modérateur*, ou la date de l'événement à indemniser. Au-delà de ce délai, la prestation ne sera pas versée.

Nous effectuerons le règlement des prestations dans un délai de deux jours ouvrés. Ce délai débute à compter de la réception des justificatifs, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

DÉCHÉANCE DES GARANTIES EN CAS DE FRAUDE

Toute réticence à une expertise médicale ou toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat font perdre tout droit à prestations pour la (ou les) garantie(s) concernée(s).

Nous sommes alors en droit de réclamer le remboursement des prestations versées à tort.

L'EXPERTISE MÉDICALE

Nous pouvons demander à l'assuré* de se soumettre à une expertise médicale. Si celui-ci refuse un contrôle médical, les prestations* sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée à son dernier domicile* connu.

Au cours de l'expertise médicale, l'assuré peut se faire assister par son propre médecin-expert. Les frais inhérents à l'intervention de ce médecin restent, cependant, à sa charge exclusive.

Si les conclusions de l'expertise conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations*, leur versement cessera dès notification par lettre recommandée avec accusé de réception. Les sommes indûment versées devront nous être restituées.

Si le médecin de l'assuré* est en désaccord avec ces conclusions, une procédure d'arbitrage sera mise en place : l'assuré* pourra choisir un médecin sur une liste de trois noms proposés par la mutuelle. Chaque partie supportera par moitié les honoraires du médecin ainsi désigné.

TERRITORIALITÉ

Vous êtes couvert pour les soins effectués en France (départements et régions d'outre-mer inclus).

Vous êtes également couvert pour les soins effectués hors de France, **dans la limite du ticket modérateur*, sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire*.**

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

DURÉE DE VOTRE CONTRAT

La première période d'assurance se termine au 31 décembre. Le contrat est ensuite reconduit chaque année de plein droit au 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation dans les cas mentionnés à l'article "Résiliation de votre contrat" ci-après.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

RENONCIATION

Si vous souhaitez revenir sur votre décision et renoncer à votre adhésion, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la prise d'effet du contrat pour nous en informer.

Vous devez nous adresser, à l'adresse figurant sur votre demande d'assurance, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec accusé de réception établie selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e) (nom, prénom, n° d'adhérent, adresse) déclare renoncer à la souscription de mon contrat Garantie Hospitalisation souscrit en date du Date et signature".*

Cette lettre doit nous être adressée à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant ou à l'adresse mail : **mutuelle@macif.fr**

Vous devrez également nous renvoyer la (les) carte(s) de tiers payant* qui vous auront été adressées.

Les cotisations payées vous seront intégralement remboursées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de votre lettre, sous déduction des prestations* éventuellement versées durant cette période.

COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

Ajout ou suppression d'un assuré*

Si vous souhaitez qu'un nouvel assuré* bénéficie de votre contrat, il vous suffit de nous en faire la demande. L'affiliation de cet assuré* prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suivra cette demande.

En cas d'ajout d'un nouveau-né, les garanties seront acquises dès sa naissance (ou dès sa date d'adoption), à condition d'effectuer la demande d'affiliation au contrat dans les trois mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Si vous souhaitez au contraire qu'un assuré* ne bénéficie plus de votre contrat, vous pouvez nous en faire la demande à tout moment. Cette radiation prend effet le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande.

Modification de votre situation

Pendant la durée de votre contrat, pensez à nous déclarer tout changement dans la situation d'un des assurés*, notamment :

- un changement de domicile* ;
- un changement de Régime obligatoire* (changement de n° de Sécurité sociale, changement de caisse primaire d'assurance maladie, perte de la qualité d'ayant droit...);
- un changement de situation matrimoniale (mariage, divorce, veuvage...).

Si cette modification entraîne une augmentation de vos cotisations, vous disposerez d'un délai de 30 jours à compter de la réception de votre nouvel avis d'échéance pour résilier votre contrat selon les modalités prévues au paragraphe "Résiliation de votre contrat".

Nous pouvons être amenés à vous demander les justificatifs nécessaires à l'appui de votre demande de modification de situation.

Afin de ne pas interrompre le versement de vos prestations*, pensez à nous informer de la modification de vos coordonnées bancaires.

RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Vous pouvez résilier votre contrat :

- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours ;
- à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande ;
- en cas d'augmentation de vos cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de votre avis d'échéance ;
- en cas de modification de vos garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter du jour où cette modification vous est notifiée.

Votre demande de résiliation doit nous être adressée :

- par courrier postal à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant* ;
- par courrier électronique à l'adresse suivante : **mutuelle@macif.fr** ;
- par déclaration en point d'accueil physique Macif ou au siège social d'Apivia Macif Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- via votre Espace Assurance sur le site **www.macif.fr** ;
- ou par téléphone au numéro figurant sur votre carte de tiers payant* ;

Nous vous confirmerons par écrit avoir reçu votre demande de résiliation.

Vous devrez également nous renvoyer la (les) carte(s) de tiers payant* qui vous auront été adressées.

Nous pouvons résilier votre contrat en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, conformément aux dispositions de l'article "Votre cotisation".

VOTRE COTISATION

Comment est calculée votre cotisation ?

Le montant de la cotisation est fixé par année civile et par assuré*, en fonction des critères suivants :

- **l'âge de l'assuré*** :
l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année ;
- **votre zone de domiciliation** (adresse postale figurant dans la demande d'assurance, une seule adresse étant possible) ;
- **le régime social de l'assuré.**



Dès lors qu'au moins 3 enfants sont assurés* au titre du contrat en qualité d'enfant, la cotisation est gratuite pour le 3^e enfant et les suivants. Cette gratuité cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le nombre d'assurés* enfant devient inférieur à 3.

Comment évolue votre cotisation ?

Nous réexaminons le montant des cotisations en fin d'année. Le changement du montant de la cotisation vous est notifié par courrier et prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le montant des cotisations peut également être modifié à tout moment en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale.

Comment payer votre cotisation ?

Vous êtes tenu au paiement d'une **cotisation annuelle payable d'avance**.

Vous choisissez les modalités de règlement lors de la souscription. Celui-ci peut se faire de façon annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, **sans frais de fractionnement**.

Les cotisations peuvent être réglées par chèque (uniquement pour le paiement annuel) ou par mandat de prélèvement SEPA.

Que se passe-t-il en cas de non paiement ?

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, nous vous adressons, à votre dernier domicile* connu, une lettre recommandée de mise en demeure vous informant que les garanties du contrat d'assurance seront résiliées 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

RÉCLAMATIONS

Pour les garanties santé et les services de notre réseau de soins partenaire

Si vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre meilleur interlocuteur. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation au Service Qualité par écrit et aux coordonnées du centre de gestion figurant sur votre carte de tiers-payant*.

Pour les garanties d'assistance

En cas de désaccord sur la mise en œuvre des garanties d'assistance, vous pouvez contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances :

- **par courrier :**
IMA Assurances - Service Consommateur
118 avenue de Paris
79000 Niort
- **par courriel :**
depuis le site www.ima.eu
> Espace Particuliers

Si après examen de la réclamation, le désaccord persiste vous devez saisir le service Qualité de la mutuelle à l'adresse du centre de gestion figurant sur votre carte de tiers payant*.

Nous nous attacherons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et au plus tard dans les délais réglementaires.

MÉDIATION EXTERNE

Après épuisement des procédures internes de réclamation décrites à l'article précédent, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :

- **par courrier :**
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris cedex 09
- **via son site Internet :**
www.mediation-assurance.org

Le Médiateur se déclarera compétent uniquement si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties qui restent libres de faire valoir leurs droits en justice.

Si vous avez souscrit le contrat par Internet, vous pouvez également utiliser la plateforme européenne de règlement en ligne des litiges.

SUBROGATION

Si un assuré* est victime d'une atteinte à son intégrité physique causée par un tiers, nous pouvons récupérer auprès de ce tiers les sommes que nous avons payées, conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité.

Nous sommes alors subrogés dans vos droits et actions, ou ceux de vos ayants droit. IMA Assurances est également subrogée dans ces droits pour les garanties d'assistance qu'elle assure.

PRESCRIPTION*

Toute action dérivant du contrat est prescrite par un délai de 2 ans à partir de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, le délai de prescription* ne court que du jour où le bénéficiaire a eu connaissance du sinistre, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

La prescription* peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée) ;
- la désignation d'un expert ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent* et ayant pour objet le règlement de la cotisation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'adhérent* ou un ayant droit à la mutuelle et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vos données pourront également être traitées dans le cadre des activités de prospection et gestion commerciales d'Apivia Macif Mutuelle et des entités de son groupe (Aéma Groupe). Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons également que tout consommateur peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles> depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à MACIF, Direction Générale - Protection des Données Personnelles, 1 rue Jacques Vandier, 79000 Niort ou directement auprès du distributeur de votre contrat.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment les destinataires sont accessibles dans la rubrique données personnelles sur notre site : <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.

VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Les transports de personnes prévus dans ces garanties s'effectuent en taxi, train 1^{re} classe ou avion de ligne classe économique.

HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION A DOMICILE*

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre **en cas d'accident ou de maladie** d'un assuré* entraînant une hospitalisation ou une immobilisation à domicile*. L'hospitalisation est considérée comme non programmée dès lors que l'assuré* n'en a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. **En cas d'hospitalisation programmée, le nombre d'intervention est limité à deux par bénéficiaire et par année civile.**

Hospitalisation programmée ou non de plus de 2 jours ou immobilisation à domicile* supérieure à 5 jours de l'adhérent* ou de son conjoint*

POUR VOUS OU VOTRE CONJOINT*

• La présence d'un proche au chevet

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.

Organisation et prise en charge de 2 nuits d'hébergement **dans la limite de 50 € par nuit.**

• La fermeture du domicile* quitté en urgence

En cas de départ précipité pour un établissement hospitalier :

- organisation de la fermeture des accès du domicile* et des éléments situés à l'intérieur du domicile* (lumières, appareils électriques...) ainsi que du traitement des denrées périssables (poubelle, réfrigérateur...) **dans la limite de 2 heures d'intervention ;**
- prise en charge des frais de taxi nécessaires à la récupération et à la restitution des clés **dans la limite de 100 € par trajet.**

• Intervention d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie

- Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour, du lundi au vendredi, de 8h à 20h ;
- **OU** mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'assuré*) **dans la limite de 30 heures**, réparties sur une période maximale d'un mois.

• Le transport aux rendez-vous médicaux

Organisation et prise en charge du transport non médicalisé A/R de l'assuré* de son domicile* vers le cabinet médical ou l'hôpital situé **dans un rayon de 50 km, dans la limite d'un A/R** sur une période maximale d'un mois.

• La préparation du retour au domicile*

En cas d'hospitalisation de plus de 14 jours, mise à disposition, dans les 48h précédant le retour au domicile*, d'une aide à domicile chargée de préparer le retour au domicile*

de l'adhérent* ou de son conjoint* (ménage, chauffage, courses...) **dans la limite de 4 heures d'intervention.**

Prise en charge des frais de taxi nécessaires à la récupération et à la restitution des clés **dans la limite de 100 € par trajet.**

• Le transfert post-hospitalisation du bénéficiaire chez un proche

Dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital, organisation et prise en charge du déplacement non médicalisé A/R chez un proche en France métropolitaine **dans la limite de 200 €.**

• Les autres prestations

Dès le premier jour ou au retour au domicile*, l'adhérent* ou son conjoint* peut bénéficier de :

- **la livraison de médicaments dans la limite d'une livraison** sur une période maximale d'un mois. Le coût des médicaments reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint* ;
- **la livraison des courses** : transport A/R au centre commercial le plus proche ou prise en charge des frais de livraison d'une commande, **dans la limite d'une livraison par semaine** sur une période maximale d'un mois. Le coût des courses reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint* ;
- **le portage de repas** : livraison d'un pack de repas, composé de 5 ou 7 jours de repas (à définir à la commande), **dans la limite d'une livraison** sur une période maximale d'un mois. Le prix du repas reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint* ;
- **le portage d'espèces** : transport A/R jusqu'à la banque de l'adhérent* ou de son conjoint* ou portage d'espèces (**maximum 150 €**) au domicile* par un prestataire agréé contre reconnaissance de dette **dans la limite d'un A/R** ou d'un portage sur une période maximale d'un mois ;
- **la coiffure à domicile*** : déplacement d'un coiffeur au domicile* **dans la limite d'un déplacement** sur une période maximale d'un mois. Le prix de la coupe reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint*.

POUR VOS PROCHES

• La prise en charge des ascendants vivant au domicile*

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche **OU** du transfert chez un proche en France métropolitaine.

Si cette solution ne convient pas, organisation et prise en charge de la garde à domicile* **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

- **La prise en charge des enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans)**

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.**

- **La conduite des enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans) à l'école et aux activités extrascolaires**

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, les enfants ou petits-enfants bénéficient de :

- la conduite A/R à l'école par un prestataire 1 fois par jour **dans la limite de 5 jours** répartis sur une période maximale d'un mois ;
- la conduite aux activités extrascolaires par un prestataire **1 fois par semaine** pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois.

- **Le soutien scolaire ou aide aux devoirs (pour les enfants du primaire au secondaire)**

Pendant toute la durée de l'hospitalisation, les enfants de l'adhérent* ou de son conjoint* peuvent bénéficier :

- s'ils restent au domicile* : d'une aide aux devoirs **dans la limite de 2 heures par semaine** pour chaque enfant (hors vacances scolaires et jours fériés), et sur une période maximale d'un mois ;
- s'ils sont transférés chez un proche éloigné géographiquement de leur école (+ de 50 km) : d'un soutien scolaire chez ce proche **dans la limite de 3 heures par jour ouvré** (hors vacances scolaires et jours fériés) et par foyer, sur une période maximale d'un mois.

- **La garde des chats et chiens**

- Garde des chats et/ou chiens au domicile* de l'adhérent* : visite d'un garde animalier et promenade des animaux **dans la limite de 30 interventions** réparties sur une période maximale de 30 jours ;
- **OU** garde des chats et/ou chiens au domicile d'un garde animalier **sur une période maximale de 30 jours.**

Hospitalisation non programmée (sans condition de durée) ou hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans

- **La garde des enfants ou petits-enfants malades ou blessés**

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants malades et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.**

- **Le soutien scolaire à domicile***

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'au moins deux semaines : soutien pédagogique dans l'année scolaire en cours (pour les enfants du primaire au secondaire) jusqu'à la reprise des cours **dans la limite de 3 heures par jour ouvré** (hors vacances scolaires et jours fériés).

- **La garde des frères et sœurs de l'enfant malade ou blessé**

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** garde des frères et sœurs au domicile* par un intervenant spécialisé dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.

NAISSANCE OU ADOPTION

Dès le retour au domicile* de l'adhérente* ou de la conjointe de l'adhérent*

● Intervention d'une aide à domicile

Mise à disposition d'une aide à domicile. Minimum de 2 heures par jour **dans la limite de 4 heures** réparties sur une période maximale de 15 jours à compter du retour au domicile*.

● Acquisition des premiers gestes

Envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des premiers gestes liés à la maternité, **dans la limite de 2 heures** réparties sur une période maximale de 15 jours à compter du retour au domicile*.

● Informations naissance

Conseils téléphoniques dispensés par les médecins d'IMA Assurances sur des sujets relatifs aux nouveau-nés tels que l'alimentation et la prévention.

En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours de l'adhérente* ou de la conjointe* de l'adhérent*, liée à un accouchement

● Intervention d'une aide à domicile

Dès le premier jour ou au retour au domicile*, mise à disposition d'une aide à domicile. **Minimum de 2 heures** par jour **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

● Prise en charge de vos enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans)

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

PATHOLOGIES LOURDES

Déclaration ou aggravation d'une pathologie lourde

Ces garanties sont mises en jeu en cas de :

- déclaration d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie ;
- déclaration d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs ;
- aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours consécutifs.

Les pathologies couvertes sont les suivantes :

- pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie,
- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- infarctus ou pathologie cardiaque invalidante ;
- hémopathies ;
- insuffisance hépatique sévère ;
- diabète insulino-instable ;
- myopathie ;
- insuffisance respiratoire instable ;
- Parkinson non équilibré ;

- mucoviscidose ;
- insuffisance rénale dialysée décompensée ;
- suites de transplantation d'organe ;
- paraplégie non traumatique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- sclérose en plaques ;
- sclérose latérale amyotrophique ;
- complication invalidante suite à des actes chirurgicaux ;
- polypathologies.

● Enveloppe de services pour les assurés* adultes

L'assuré* adulte malade bénéficie d'une **enveloppe de 100 unités de services** qu'il peut utiliser sur une période maximale de 12 mois à compter de sa sortie de l'hôpital.

Les services pouvant être mis en œuvre sont les suivants :

- aide à domicile (**minimum de 2 heures par jour**) ;
- présence d'un proche (prise en charge du transport A/R et de l'hébergement **dans la limite de 2 nuits**, petits-déjeuners inclus à **concurrence de 92 € par nuit**) ;
- livraison de médicaments (le coût des médicaments reste à la charge de l'assuré*) ;
- transport aux RDV médicaux (**dans un rayon de 50 km du domicile***) ;

- portage des repas (**dans la limite d'une livraison par semaine**; le coût du repas reste à la charge de l'assuré*);
- livraison de courses (**dans la limite d'une livraison par semaine**; le coût des courses reste à la charge de l'assuré*);
- coiffure à domicile* (le coût de la coupe reste à la charge de l'assuré*);
- entretien du jardin ;
- garde d'enfants ;
- conduite à l'école (**dans la limite d'un A/R par jour**) et aux activités extrascolaires (**dans la limite d'un A/R par semaine et par enfant**) pour les enfants de moins de 16 ans.

Chacun des services proposés équivaut à un nombre d'unité défini :

- aide à domicile : 1 heure = 1 unité
- présence d'un proche : 1 A/R + hébergement = 10 unités
- livraison de médicaments: 1 livraison = 2 unités
- transport aux RDV médicaux: 1 transport A/R = 4 unités
- portage de repas: 1 livraison = 1 unité
- livraison de courses : 1 livraison = 4 unités
- coiffure à domicile*: 1 déplacement = 1 unité
- entretien jardin : 1 heure = 1 unité
- garde d'enfants : 1 heure = 2 unités
- conduite à l'école ou aux activités extrascolaires : 1 trajet A/R = 2 unités

● **Enveloppe de services pour les assurés* enfants**

L'assuré* enfant malade bénéficie d'une **enveloppe de 100 unités de services** qu'il peut utiliser sur une période maximale de 12 mois.

Les services pouvant être mis en œuvre sont les suivants :

- garde d'enfant malade ;
- présence d'un proche au chevet de l'enfant malade (prise en charge du transport A/R et de l'hébergement **dans la limite de 2 nuits**, petits-déjeuners inclus à **concurrence de 92 € par nuit**) ;
- transport aux RDV médicaux (**dans un rayon de 50 km du domicile***) ;
- portage des repas (**dans la limite d'une livraison par semaine** ; le coût du repas reste à la charge de l'assuré*);
- livraison de courses (**dans la limite d'une livraison par semaine** ; le coût des courses reste à la charge de l'assuré*);
- coiffure à domicile* (le coût de la coupe reste à la charge de l'assuré*);

Chacun des services proposés équivaut à un nombre d'unité défini :

- garde d'enfants : 1 heure = 2 unités
- présence d'un proche au chevet : 1A/R + hébergement = 10 unités

- transport aux RDV médicaux : 1 transport A/R = 4 unités
- portage de repas : 1 livraison = 1 unité
- livraison de courses : 1 livraison = 4 unités
- coiffure à domicile* : 1 déplacement = 1 unité

● **Visite d'un ergothérapeute et travaux d'aménagement du domicile***

L'assuré* peut bénéficier d'un bilan réalisé par un ergothérapeute comprenant l'analyse de ses capacités à réaliser les différents actes de la vie quotidienne et des propositions d'aménagement du domicile*. Dans la limite d'un bilan par événement.

À la suite de ce bilan, l'assuré* pourra être mis en relation avec un prestataire pour la mise en œuvre des travaux d'aménagement préconisés. Le coût des travaux reste à la charge de l'assuré*.

● **Téléassistance**

Prise en charge de l'installation d'un dispositif de téléassistance et des 3 premiers mois d'abonnement.

INFORMATIONS ET CONSEILS

Sur simple demande, un assuré* peut bénéficier, dès la souscription et **hors urgence médicale**, de :

- **Soutien psychologique à la suite d'un événement traumatisant (maladie, décès, licenciement, divorce)**

Prise en charge de 1 à 5 entretiens téléphoniques et de 1 à 3 entretiens en face à face si nécessaire avec un intervenant spécialisé, dans un délai d'un an à compter de la date de survenance de l'événement.

- **Conseils médicaux (24h/ 24)**

- **Informations juridiques**

Ciblées sur les thématiques santé et famille (du lundi au samedi de 9h à 19h, hors jours fériés).

- **Conseils sociaux**

Conseils sur les organismes sociaux, les démarches auprès de l'employeur, les caisses d'allocations familiales, les aides sociales ou financières...

Dans la limite de 5 entretiens par an et par foyer (du lundi au vendredi de 9h à 19h, hors jours fériés).

AIDANTS & AIDÉS

Accompagnement administratif et social

En cas de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé* :

● Aide aux démarches administratives

Afin d'aider l'aidant* dans la rédaction des documents administratifs liés à la perte d'autonomie, mise à disposition d'un intervenant à domicile **dans la limite de 4 heures**, à raison de 2 heures minimum par intervention.

● Bilan social et aide à la décision de devenir aidant*

Entretien téléphonique avec un travailleur social afin d'aider la personne qui envisage de devenir aidant* à prendre une décision éclairée quant au choix d'assumer cette fonction. Cette prestation se décompose en quatre étapes :

- 1 - déterminer les besoins de l'aidé* ;
- 2 - accompagner l'aidant* dans son appréciation de ses capacités à faire face à son engagement en analysant les impacts sur sa vie sociale, professionnelle et économique ;
- 3 - proposer des solutions d'organisation du quotidien (exemple : recours à l'accueil temporaire, remplacement ponctuel, aménagement du logement) ;
- 4 - donner des indications pour trouver d'éventuels financements.

Service accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h.

● Assistance psychologique

Organisation et prise en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

L'assistance psychologique peut être exécutée au profit de l'aidant* ou de l'aidé*.

Maintien à domicile

En cas de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé* :

● Évaluation d'un ergothérapeute et aménagement du domicile

Organisation de la venue d'un ergothérapeute qui établit une évaluation de l'aidé* dans son lieu de vie. Si l'ergothérapeute propose des solutions d'aménagement du domicile, mise en relation de l'aidant* avec une structure qui sert d'intermédiaire avec les entreprises susceptibles de réaliser ces aménagements. Le coût des travaux n'est pas pris en charge.

● Téléassistance

Prise en charge de l'installation d'un dispositif de téléassistance et des 3 premiers mois d'abonnement.

Indisponibilité de l'aidant*

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'aidant* :

● Intervention d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie

- mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé*, du lundi au vendredi, de 8h à 20h ;
- **OU** mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé*) **dans la limite de 30 heures**, réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

● Venue d'un proche ou transfert chez un proche

Organisation et prise en charge :

- du transport A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- du transport A/R non médicalisé de l'aidé* chez un proche en France métropolitaine. Si cela est nécessaire, le transport d'un accompagnant est également pris en charge.

Garanties non cumulables et prises en charge dans la limite de 200 €.

Aide au déménagement

En cas de perte d'autonomie ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé* et si celui-ci ne peut plus rester à domicile :

● Mise en relation avec une entreprise de déménagement

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant* ou de l'aidé*.

● Nettoyage du logement

Organisation et prise en charge du nettoyage du logement quitté **dans la limite de 500 €** à prendre dans un délai d'un mois à compter du déménagement.

OBSÈQUES

Décès de l'adhérent* ou de son conjoint*

● Aide à l'organisation des obsèques

Sur demande des proches, aide à l'organisation des obsèques (en liaison avec les prestataires funéraires). Les proches peuvent également bénéficier d'une avance de frais remboursable dans un délai de 30 jours.

● Intervention d'une aide à domicile

Mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repasage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention (dont 2 heures pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'assuré*) **dans la limite de 30 heures**, réparties sur une période maximale d'un mois.

● Prise en charge des enfants ou petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans)

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

● Conduite à l'école des enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans) de l'adhérent* ou de son conjoint*

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite à l'école par un prestataire 1 fois par jour **dans la limite de 5 jours** répartis sur une période maximale d'un mois.

● Conduite des enfants ou petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans) de l'adhérent* ou de son conjoint* aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite aux activités extrascolaires par un prestataire 1 fois par semaine pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois.

● Prise en charge des ascendants vivant au domicile* de l'adhérent* ou de son conjoint*

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche **OU** du transfert chez un proche en France métropolitaine.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde à domicile* **dans la limite de 30 heures** réparties sur une période maximale d'un mois.

● La garde des chats et chiens

- garde des chats et/ou chiens au domicile* de l'adhérent* : visite d'un garde animalier et promenade des animaux **dans la limite de 30 interventions** réparties sur une période maximale de 30 jours ;
- **OU** garde des chats et/ou chiens au domicile d'un garde animalier **sur une période maximale de 30 jours**.

COMMENT METTRE EN ŒUVRE LES GARANTIES D'ASSISTANCE ?



Les garanties d'assistance **sont accordées en France (hors départements et régions d'outre mer) y compris Andorre et Principauté de Monaco.**

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances. L'assuré* peut contacter les services d'IMA Assurances 24h/24 au numéro communiqué par la mutuelle.

Sauf cas de force majeure, l'assuré* dispose d'un délai de 7 jours à compter de l'événement générateur (immobilisation au domicile*, sortie d'hospitalisation/maternité, décès) **pour contacter IMA Assurances et demander la mise en place des garanties.**

Ce délai ne s'applique pas aux garanties suivantes : "Accompagnement administratif et social", "Maintien à domicile", "Aide au déménagement" et "Aide au retour à l'emploi". Pour ces garanties, l'assuré* dispose d'un **délai d'un an à compter de l'événement générateur** (accident ou maladie invalidante, perte d'autonomie ou aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé*).

L'assuré* exprime à IMA Assurances la nature des prestations d'assistance qui lui sont nécessaires. Le nombre d'heures de prestations d'assistance octroyé est ensuite apprécié par IMA Assurances en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionné à ses proches, et ce sur la base d'éléments objectifs : taille du logement, composition du foyer familial, existence d'aides familiales ou extra-familiales, présence de personnes dépendantes au sein du foyer, degré d'autonomie déterminé en fonction de la capacité de réalisation des actes essentiels de la vie courante .

IMA Assurances se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

La mise en œuvre des garanties "Aidants & aidés", est soumise à l'envoi à IMA Assurances :

- d'un justificatif de la perte d'autonomie de l'aidé* (justificatif de perception de l'AAEH, de la PCH, de l'AAH ou de l'APA) ;
- d'un certificat médical en cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé* ;
- d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant*.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA Assurances ou en accord préalable avec elle. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

IMA Assurances ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire des garanties aurait engagées de sa propre initiative.

IMA Assurances ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou des événements suivants : pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

EXCLUSIONS DE GARANTIE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties d'assistance, les hospitalisations :

- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes ;
- dans des centres de convalescence, de rééducation ou de cures thermales ainsi que dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques ;
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations à domicile* résultant de :

- l'usage de drogues ou de stupéfiants non ordonnés médicalement ;
- la consommation d'alcool ;
- l'action volontaire du bénéficiaire : suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire.

IMA Assurances ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

A

Adhérent : Personne dont l'adhésion à la mutuelle a été acceptée et qui est à ce titre tenue au paiement des cotisations.

Aidant : Personne qui vient en aide, pour partie ou totalement, à titre non professionnel, à un proche en perte d'autonomie, pour les activités de la vie quotidienne. Peut avoir la qualité d'aidant : l'adhérent ou son conjoint.

Aidé : Proche de l'aidant qui relève ou est susceptible de relever des droits à l'une des aides suivantes :

- L'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- L'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH),
- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

Assuré : Personne physique nommément désignée au contrat sur qui reposent les garanties.

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale : Assiette servant au calcul des prestations en nature de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale. Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

Tarif d'autorité

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.

Tarif de convention

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Tarif de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

Tarif forfaitaire de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour l'original d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

C

Conjoint : Personne unie à l'adhérent par les liens du mariage, selon les termes du Code civil. Sont assimilés au conjoint : le concubin et le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), selon les dispositions du Code civil.

Le conjoint, ou la personne assimilée, doit en outre vivre en couple avec l'adhérent, sous le même toit, de façon constante c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

D

Dépassement d'honoraires : Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Domicile : Lieu de résidence de l'assuré à savoir son logement personnel ou celui de toute personne l'hébergeant à l'exception d'une maison de retraite ou d'un établissement spécialisé.

E

Établissements médico-sociaux : Établissements assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

F

Forfait journalier hospitalier : Montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux "frais d'hébergement et d'entretien" entraînés par l'hospitalisation.

Frais de séjour : Frais facturés par un établissement hospitalier pour couvrir certains coûts et services mis à la disposition du patient lors d'un séjour hospitalier.

H

Honoraires paramédicaux : Entrent dans cette catégorie les honoraires des infirmiers(ères), masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues pris en charge par le Régime obligatoire*. Les sages femmes sont assimilées à cette catégorie.

Hospitalisation ambulatoire : Hospitalisation dans un établissement de santé pour une durée inférieure ou égale à douze heures sans hébergement. L'assuré quitte l'établissement le jour même de son admission.

M

Médecin traitant : Médecin spécialiste ou généraliste, librement choisi par l'assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins. L'assuré doit avoir déclaré son médecin traitant auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire afin de bénéficier du taux maximal de remboursement de la Sécurité sociale.

P

Parcours de soins : Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.

Participation forfaitaire : Somme qui reste à la charge de l'assuré et qui concerne les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie.

Prescription : Délai au-delà duquel toute demande relative au contrat d'assurance n'est plus recevable.

Prestations : Versement des sommes ou mise en place de services garantis à l'assuré.

Proche : Ascendant direct, conjoint ou enfant, vivant ou non au domicile de l'aidant.

R

Régime obligatoire : Régime d'assurance maladie français, communément dénommé "Sécurité sociale", qui intervient obligatoirement avant la mutuelle pour rembourser une part des frais de santé.

T

Ticket modérateur : Dans le parcours de soins, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le Régime obligatoire de la majoration de la participation de l'assuré, lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du ticket modérateur.

Tiers payant : Sur présentation de sa carte de tiers payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. L'établissement de soins est directement remboursé par la mutuelle.

La Macif toujours à vos côtés

- En **point d'accueil** ou par **téléphone**
- Sur **macif.fr** ou sur **l'application mobile**
en vous connectant à votre espace personnel



Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !



 **MUTUALITÉ FRANÇAISE** Le contrat **Garantie Hospitalisation**, distribué par la Macif, est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Étienne Pernet - 75015 Paris cedex 15.

IMA Assurances - Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS NIORT 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.

Carte Blanche Partenaires - SAS au capital de 100 000 € - RCS PARIS 379 301 518 - Code APE 8899 B. Siège social : 26 rue Laffitte - 75009 Paris.

MACIF - MUTUELLE ASSURANCE DES COMMERCANTS ET INDUSTRIELS DE FRANCE ET DES CADRES ET SALARIÉS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE. Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 Niort.

UNI/PREI/GH/05 01/23