

Macif Hospitalisation

NOTE D'INFORMATION

DÉTAILLÉE



BIENVENUE

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

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

Avec **MACIF HOSPITALISATION**, vous disposez :

- de remboursements rapides ;
- d'une récompense de votre fidélité ;
- d'un espace personnel en ligne ou sur l'application mobile pour consulter vos remboursements ou accéder à votre carte de tiers payant à tout moment ;
- des prestations d'assistance complètes pour vous accompagner en cas de coup dur.

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

Garanties en vigueur au **1er janvier 2025**

Le contrat MACIF 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 Macif 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 MACIF HOSPITALISATION, le "vous" doit être compris comme l'adhérent et le "nous" comme la Mutuelle.

Un lexique se trouve en fin de document pour votre compréhension des termes techniques.



Si vous êtes sourd ou malentendant :
vous pouvez bénéficier d'un service adapté en LSF, LPC ou Tchat sur macif.fr / rubrique « urgence et contact ».



Si vous êtes aveugle ou malvoyant :
vous pouvez bénéficier de l'envoi de votre courrier en caractères agrandis, braille et audio, sur macif.fr / rubrique « urgence et contact » ou auprès de HandiCaPZéro.

0 800 39 39 51 Service & appel gratuits

Nous contacter :



Point d'accueil téléphonique

N°Cristal 09 69 39 49 49

APPEL NON SURTAXE



Plus de 450 points d'accueil à votre service



Sur Internet, rendez-vous sur macif.fr



Téléchargez l'appli mobile disponible sur



VOTRE ADHÉSION	02
VOS GARANTIES SANTÉ	03/05
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	06/08
VOS REMBOURSEMENTS	09
VOS GARANTIES MACIF ASSISTANCE	10/20
LEXIQUE	21/22

» VOTRE ADHÉSION

CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour souscrire le contrat MACIF 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, à partir de 70 ans, vous et vos ayants droit 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.

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 si vous souhaitez nous confier la résiliation de votre contrat santé détenu 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 personnes pouvant être désignées comme assuré au contrat sont :

Les personnes pouvant être désignées comme assuré au contrat sont :	Qualité
<ul style="list-style-type: none"> ● Votre conjoint. ● Vos ascendants vivant sous votre toit. 	ADULTE
<ul style="list-style-type: none"> ● 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

Les enfants âgés de 20 à 26 ans vivant sous votre toit et ne poursuivant pas d'études sont invités à souscrire un contrat à leur nom.

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 vous permet de bénéficier du service de tiers payant auprès des professionnels de santé conventionnés.

Cette carte reste la propriété d'Apivia Macif Mutuelle.



Si un des assurés 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. La prise d'effet du contrat interviendra au plus tôt le 15 du mois en cours ou le 1er du mois suivant, selon la date de signature de votre contrat.

Toutefois, si vous nous avez donné mandat pour procéder à la résiliation de votre contrat santé détenu auprès d'un autre organisme assureur, votre contrat prendra effet le lendemain de la résiliation effective de votre précédent contrat, afin de vous garantir une continuité de couverture.

» VOS GARANTIES SANTÉ

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré. 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.**

HOSPITALISATION (y compris ambulatoire) ⁽¹⁾	PLAFONDS DE REMBOURSEMENT
Honoraires chirurgicaux et médicaux	200 %
Honoraires paramédicaux	200 %
Analyses et examens de laboratoire	200 %
Radiologie	200 %
Participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Remboursement intégral
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral (limité à 60 jours par an en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie)
Forfait patient urgences	Remboursement intégral
Frais de transport	100 %
Frais de séjour	100 %
Chambre particulière	
● médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	50 € par nuit
● soins de suite et de réadaptation, psychiatrie	50 € par nuit ⁽²⁾
Chambre d'accompagnant avec nuitée (lit et frais de repas)	
● médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	20 € par nuit
● soins de suite et de réadaptation, psychiatrie	20 € par nuit ⁽²⁾
Chambre particulière ambulatoire	15 € par jour
Honoraires chirurgicaux, médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas d'hospitalisation à l'étranger	100 %



DÉLAI D'ATTENTE

Un délai d'attente s'applique dans les conditions décrites dans la note d'information détaillée.

Pendant les 3 premiers mois suivant la date de prise d'effet du contrat, les garanties sont limitées à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (Remboursement du ticket modérateur). Durant cette période, les dépassements d'honoraires, la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et la chambre d'accompagnant ne sont pas remboursés.

(1) Sont exclus 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.

(2) Les forfaits chambre particulière et chambre accompagnant garantissent pour une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et psychiatrie sont chacun versés dans la limite globale de 60 nuits par an. Les prestations versées au cours de l'année au titre de la chambre particulière et de la chambre accompagnant pour les séjours en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité sont comptabilisées dans cette limite globale annuelle et viennent donc en déduction.

DESCRIPTIF DES GARANTIES

Le remboursement de l'ensemble des prestations réalisées par l'hôpital entre la date d'entrée et la date de sortie de l'hospitalisation est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime obligatoire.

SONT GARANTIS :

■ Les honoraires (chirurgicaux et médicaux)

■ Les 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.

■ Les analyses et examens de laboratoire

■ La radiologie (y compris les produits pour examens)

■ La participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €

■ Le forfait journalier hospitalier

Remboursement limité à 60 jours par an en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie.

Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.

■ Le forfait patient urgences

Est pris en charge le forfait patient urgences facturé en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

■ Les frais de transport

■ Les frais de séjour

■ la chambre particulière

Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.

■ la chambre accompagnant (frais de lit et de repas)

Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.

LIMITE DES GARANTIES CHAMBRE PARTICULIÈRE ET CHAMBRE ACCOMPAGNANT

Les prestations prévues au titre de la chambre particulière et la chambre accompagnant en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité sont illimitées.

Pour une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et psychiatrie, le forfait prévu est versé dans la limite globale de 60 nuits par année civile et par assuré.

Les prestations versées au cours de l'année au titre de la chambre particulière ou la chambre accompagnant pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et maternité sont comptabilisées dans cette limite globale annuelle et viennent donc en déduction.

■ La chambre particulière ambulatoire

■ Les honoraires chirurgicaux, médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas d'hospitalisation à l'étranger pris en charge par le Régime obligatoire

■ Les soins et prestations liés à une hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)

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.

LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIE

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Ne donnent pas lieu à la mise en oeuvre des 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 médicale annuelle mentionnée au III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- 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.

DÉLAIS D'ATTENTE

Un délai d'attente s'applique pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet du contrat ou suivant l'adjonction d'un bénéficiaire.

Pendant la durée du délai d'attente, la prise en charge est limitée à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale sur les postes de garantie suivants :

- les honoraires chirurgicaux et médicaux ;
- les honoraires paramédicaux ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- la radiologie.

Pendant la durée du délai d'attente, la chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire et la chambre d'accompagnant ne donnent pas lieu aux garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat.

Par exception, aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'adjonction d'un nouveau-né si ce dernier est enregistré comme bénéficiaire dans les 3 mois suivant sa naissance. L'adoption d'un enfant mineur est assimilée à une naissance.

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.

Votre contrat n'a pas vocation à intervenir en surcomplémentaire.

Néanmoins, 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.

TERRITORIALITÉ

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

Vous êtes également couvert pour les hospitalisations hors de France sous réserve qu'elles soient prises en charge par le régime d'Assurance maladie obligatoire français et sous condition que l'assuré réside en France métropolitaine ou dans un département et région d'outre-mer. La prise en charge s'effectue conformément au tableau des garanties et exclut tout autre remboursement de la part de la mutuelle.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

➤ LA VIE DE VOTRE CONTRAT

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 1er janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation dans les cas mentionnés à l'article "Résiliation de votre contrat" ci-après.

RENONCIATION

Si vous avez souscrit votre contrat exclusivement à distance (exemple : souscription via notre site www.macif.fr) ou à la suite d'un démarchage à domicile, vous disposez de 14 jours calendaires révolus pour revenir sur votre décision. Ce délai commence à courir à compter de la prise d'effet de votre contrat.

Vous devez alors nous adresser une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, établi selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e) (nom, prénom, n° d'adhérent, adresse) déclare renoncer à la souscription de mon contrat MACIF 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 ou les cartes 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 plus tôt le 15 du mois en cours ou le 1er du mois selon la date de cette demande.

Un délai d'attente s'applique pendant les 3 premiers mois suivant l'adjonction du bénéficiaire. Pour toutes précisions complémentaires, nous vous invitons à vous référer à l'article "Limites de garantie".

Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'adjonction d'un nouveau-né si ce dernier est enregistré comme bénéficiaire dans les 3 mois suivant sa naissance (ou sa date d'adoption).

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 voie électronique via l'Espace Assurance sur le site www.macif.fr ou sur l'application mobile ;
- 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.

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

Vous devrez également nous renvoyer la ou les cartes de tiers payant qui vous auront été adressées.

La mutuelle peut 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".

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.

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. Par exemple, pour une personne née en 1965, l'âge retenu en 2025 sera déterminé comme suit : $(2025 - 1965) - 1 = 59$ ans ;
- **votre ancienneté à la mutuelle ;**
- **le nombre d'assurés au contrat ;**
- **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 3e 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 chaque année. Le changement du montant de la cotisation vous est notifié par courrier et prend effet le 1er janvier de l'année suivante (sauf demande de résiliation intervenue conformément à l'article précédent).

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 mandat de prélèvement SEPA ou, à défaut, par chèque (uniquement pour le paiement annuel).

RÉCLAMATIONS

POUR LES GARANTIES SANTÉ ET LES SERVICES DE NOTRE RÉSEAU DE SOINS PARTENAIRE

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

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation écrite au Service Qualité :

- **à l'adresse suivante :**

Macif - Service Qualité
TSA 47272
79060 Niort cedex

- **ou via notre site internet :**

www.macif.fr

Nous accuserons réception de votre réclamation et y répondrons, dans les meilleurs délais et dans un délai maximum de 2 mois, conformément aux délais réglementaires en vigueur.

POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA Assurances au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances :

- **par courriel depuis le site :**

www.ima.eu - Réclamations

- **ou par courrier :**

IMA Assurances - Service Consommateur
118 avenue de Paris
CS 40000
79003 Niort Cedex 9

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables suivant son envoi, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

MÉDIATION EXTERNE

Si votre mécontentement persiste après épuisement de la procédure interne de réclamation ou à l'issue du délai réglementaire de deux mois, vous pouvez alors saisir la Médiation de l'assurance par courrier à l'adresse : TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 ou par internet sur www.mediation-assurance.org

Votre saisine de la Médiation doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite auprès de nos services.

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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressé 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé 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>

COMMENT ESTIMER ET CONSULTER VOS REMBOURSEMENTS ?

Accédez quand vous le souhaitez à votre contrat santé grâce à votre espace client sur macif.fr

Dès que vous adhérez au contrat MACIF HOSPITALISATION, vous pouvez créer votre espace assurance et accéder à tous vos services :

- simuler et consulter vos remboursements ;
- accéder à votre carte de tiers payant ;
- modifier votre contrat et nous adresser vos demandes de remboursement.

COMMENT BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT ?

Pour en bénéficier, c'est très simple : il suffit pour l'assuré de présenter sa carte de tiers payant au professionnel de santé ; nous adresserons directement à celui-ci le règlement des soins.

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 garanties concernées.

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

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.

Pour les soins effectués à l'étranger :

- le décompte établi par le Régime obligatoire français. Pour tous les actes programmés à l'étranger, vous devez nous transmettre la copie de l'accord du Régime obligatoire français accompagné des éléments permettant de connaître les actes prévus afin de pouvoir calculer le montant de notre remboursement ;
- l'original de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français et en euros. Nous pouvons, en effet, 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 2 jours ouvrés**. Ce délai débute à compter de la réception des justificatifs, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

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.

» VOS GARANTIES MACIF ASSISTANCE

L'adhérent et ses proches bénéficient de garanties d'assistance. Ces garanties sont conçues de façon à l'accompagner tout au long de la vie du contrat.

Les garanties au bénéfice des enfants de l'adhérent concernent les enfants vivant au domicile et âgés de moins de 16 ans ou les enfants handicapés vivant au domicile et sans limite d'âge.

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

En cas d'hospitalisation, vous pouvez bénéficier de l'intervention, pendant 8 heures, d'un interprète en langue des signes pour faciliter vos échanges avec les professionnels de santé le jour de l'intervention.

ACCOMPAGNEMENT PRÉ ET POST HOSPITALISATION (HORS AMBULATOIRE)

Macif Assistance propose à l'assuré un accompagnement personnalisé avant et après une hospitalisation avec :

■ Un parcours personnalisé en ligne

Le parcours est accessible depuis votre espace personnel sur **macif.fr**

Le site propose un parcours personnalisé en ligne avec des conseils avant l'intervention, puis au retour au domicile.

■ Un accompagnement par la plateforme médico-sociale

L'accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il permet de faire le point avec l'assuré, lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions.

Il est composé :

- d'un appel avant l'intervention pour bien préparer son hospitalisation et anticiper sa sortie : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, règles d'hygiène et d'alimentation, aides nécessaires au retour au domicile... ;

- d'un appel au retour au domicile pour favoriser un bon rétablissement : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées...), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place de son suivi médical, reprise des activités quotidiennes... ;

- et si l'infirmière l'estime opportun, d'un suivi allant jusqu'à 3 entretiens téléphoniques.

Le service est ouvert dès l'annonce de l'hospitalisation, et jusque dans les 30 jours suivant le retour au domicile.

Le service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.

L'accompagnement téléphonique sera délivré au bénéficiaire hospitalisé. Toutefois en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans, il pourra l'être à l'un de ses parents ou représentants légaux.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre :

- **en cas de chirurgie ambulatoire d'un assuré faisant suite à un accident ou une maladie et entraînant une immobilisation à domicile d'au moins une journée. ;**
- **ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation à domicile d'au moins 2 jours.**

Pour l'assuré

■ 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 pour un proche dans la limite de 50 € par nuit.**

■ L'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 8 h à 20 h ;
- **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 10 heures, réparties sur une période maximale de 10 jours** à compter de la mise en œuvre de la prestation.

■ 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 de 30 jours.**

■ 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'assuré peut bénéficier de :

- **la livraison de médicaments** dans la limite d'une livraison sur une période maximale de 10 jours. Le coût des médicaments reste à la charge de l'assuré ;
- **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 de 10 jours. Le coût des courses reste à la charge de l'assuré ;
- **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 de 10 jours. Le prix du repas reste à la charge de l'assuré.
- **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 de 10 jours ;
- **la coiffure à domicile** : déplacement d'un coiffeur au domicile **dans la limite d'un déplacement** sur une période de 10 jours. Le prix de la coupe reste à la charge de l'adhérent.

■ La téléassistance

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

Pour ses proches

■ La prise en charge des enfants vivant au domicile

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 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 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.**

■ 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 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.**

■ La conduite des enfants à l'école et aux activités extrascolaires

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, les 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.**

■ La garde des animaux domestiques (chats, chiens et NAC)

- Visite de l'animal au domicile de l'adhérent : visite ou garde de l'animal par un garde animalier ;
- **OU** garde de l'animal au domicile d'un garde animalier.

Forfait de 15 € par jour dans la limite de 450 euros TTC par évènement. Le remboursement s'effectue sur production de la facture.

- Promenade du chien de l'adhérent par un garde animalier.

Forfait de 15 € par jour dans la limite de 450 euros TTC par évènement. Le remboursement s'effectue sur production de la facture.

HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION À DOMICILE

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre **en cas d'accident ou de maladie** entraînant une hospitalisation ou une immobilisation à domicile. L'hospitalisation est considérée comme non programmée dès lors que vous n'en avez connaissance que dans les 10 jours qui la précèdent. **En cas d'hospitalisation programmée, le nombre d'intervention est limité à deux par bénéficiaire et par année civile.**

Indisponibilité de l'adhérent ou son conjoint en cas : d'hospitalisation programmée ou non de plus de 2 jours ou d'immobilisation à domicile supérieure à 5 jours.

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 8 h à 20 h ;
- **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 20 heures**, réparties sur une période maximale de 20 jours.

■ Le transport aux rendez-vous médicaux et paramédicaux

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 48 h 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

■ 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 de 4 semaines.

■ La garde des animaux domestiques (chats, chiens et NAC)

En cas d'hospitalisation de l'adhérent :

- visite de l'animal au domicile de l'adhérent : visite ou garde de l'animal par un garde animalier ;
- **OU** garde de l'animal au domicile d'un garde animalier.

Forfait de 15 € par jour dans la limite de 450 euros TTC par évènement. Le remboursement s'effectue sur production de la facture.

En cas d'immobilisation à domicile de l'adhérent :

- promenade du chien de l'adhérent par un garde animalier.

Forfait de 15 € par jour dans la limite de 450 euros TTC par évènement. Le remboursement s'effectue sur production de la facture.

Indisponibilité de l'adhérent ou son conjoint en cas : d'hospitalisation non programmée de plus de 24 h ou d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation à domicile supérieure à 5 jours

■ La prise en charge des enfants vivant au domicile

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 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 de 30 jours.**

■ La conduite des enfants 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.

■ 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 de 30 jours.

Indisponibilité de l'enfant vivant au domicile en cas : d'hospitalisation non programmée de plus de 24 h ou d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours

■ La garde des 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 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 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.**

■ Le soutien scolaire à domicile (pour les enfants du primaire au secondaire)

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'au moins deux semaines : soutien pédagogique dans l'année scolaire en cours 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 de 30 jours.

Indisponibilité de l'assistante maternelle habituelle en cas : d'hospitalisation non programmée de plus de 2 jours ou d'hospitalisation programmée de plus de 4 jours ou d'immobilisation à domicile supérieure à 5 jours

■ La prise en charge des enfants vivant au domicile

Organisation et prise en charge de la garde des enfants par un intervenant spécialisé au domicile dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

NAISSANCE OU ADOPTION

En cas de grossesse pathologique entraînant une immobilisation imprévue au domicile supérieure à 15 jours de l'adhérente ou la conjointe de l'adhérent

■ Livraison de médicaments

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.

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 de 30 jours.

■ Prise en charge de vos enfants vivant au domicile

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 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 de 30 jours.

■ La conduite des enfants à l'école et aux activités extrascolaires

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, les 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.

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 20 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 4 heures** réparties sur une période maximale de 10 jours à compter du retour au domicile.

■ Informations naissance

Réponses digitales par des professionnels de santé autour des sujets relatifs à l'enfance, l'adolescence et la parentalité, **dans la limite de 5 questions par an et par bénéficiaire.**

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, immunothérapie, hormonothérapie ;
- survenance ou aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 2 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 et enfants

L'assuré adulte malade bénéficie d'une **enveloppe de 50 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) ;
- auxiliaire de vie ;
- 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 ménagère : 1 heure = 1 unité ;
- auxiliaire de vie : 1 heure = 2 unités ;
- présence d'un proche : 1 A/R + hébergement = 10 unités ;
- livraison de médicaments : 1 livraison = 3 unités ;
- transport aux RDV médicaux : 1 transport A/R = 6 unités ;
- portage de repas : 1 livraison = 6 unités ;
- livraison de courses : 1 livraison = 6 unités ;
- coiffure à domicile : 1 déplacement = 1 unité ;
- entretien jardin : 1 heure = 2 unités ;
- garde d'enfants : 1 heure = 2 unités ;
- conduite à l'école ou aux activités extrascolaires : 1 trajet A/R = 4 unités.

■ 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.

LES + EMPLOIS

Les garanties décrites ci-après visent à faciliter le retour à l'emploi après un accident ou une maladie, ou à accompagner le départ à la retraite.

Aide au retour à l'emploi

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre **en cas d'accident ou de maladie invalidante** de l'adhérent ou de son conjoint rendant impossible l'exercice de son activité professionnelle.

Pour vous et votre conjoint

- **Entretien téléphonique avec un travailleur social pour des informations et conseils sur les démarches liées à l'évolution de la situation professionnelle**

Cette garantie est accordée dans la limite de 6 entretiens téléphoniques sur une période de 12 mois.

- **Aide à la recherche d'un nouvel emploi dans les 12 mois suivants la perte de l'emploi**

- Bilan professionnel et techniques de recherche d'emploi (CV, lettre de motivation, techniques de prospection, préparation et simulation d'entretien d'embauche) ;
- prospection d'offres d'emploi dans le secteur choisi par l'assuré ne pouvant plus exercer son activité professionnelle.

Ces garanties sont accordées dans la limite de 7 entretiens en face à face (ou téléphoniques) sur 4 mois pour le bilan professionnel et les techniques de recherche d'emploi ; et dans la limite de 3 entretiens sur 3 mois pour la prospection d'offres d'emplois.

Pour votre conjoint

- **Aide à la recherche d'un emploi**

Accompagnement individualisé par un travailleur social pour un retour à l'emploi : connaissance du bassin d'emploi local, mise en ligne du CV, phoning. **Sur une durée maximale de 3 mois** au cours des 12 mois suivant l'événement.

Aide à la mobilité en cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours, de l'adhérent ou de son conjoint

- **Transport sur le lieu de travail**

Après une immobilisation au domicile et afin de faciliter le retour sur le lieu de travail, prise en charge de **10 trajets A/R** domicile-travail en taxi **dans un rayon de 30 km.**

Coaching retraite

Afin d'aborder sereinement le départ à la retraite, l'adhérent ou son conjoint peut bénéficier, sur simple demande, d'un bilan réalisé par un travailleur social : aide à la réflexion quant au choix de la date de départ à la retraite, évaluation des impacts sur la vie économique, sociale et familiale, aide dans les démarches.

Dans la limite **d'un bilan sur une période maximale d'un an.**

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.

- **Informations et conseils médicaux (24 h sur 24)**

- **Informations juridiques**

Ciblées sur les thématiques santé, famille, droit du travail, retraite, perte d'autonomie, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (du lundi au samedi de 9 h à 19 h, 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 9 h à 19 h, hors jours fériés).

LA PROTECTION DU TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre en cas d'accident ou de maladie de l'adhérent travailleur indépendant, 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 10 jours qui la précèdent.

Accompagnement du travailleur indépendant

Sur simple demande, l'adhérent travailleur indépendant peut bénéficier, dès la souscription et **dans les 12 mois suivant la création de l'entreprise**, de :

■ Informations juridiques professionnelles

Ciblées sur les thématiques social, fiscal ou affaires (du lundi au samedi de 9 h à 19 h, hors jours fériés, valable à tout moment dès la souscription.

■ Accompagnement budgétaire

Accompagnement par un conseiller en Économie sociale et familiale afin d'anticiper les conséquences de la création d'entreprise sur le budget familial, dans la limite de 6 entretiens téléphoniques dans les 12 mois suivant la création de l'entreprise.

■ Assistance administrative

Support à la gestion professionnelle et privée, **dans la limite de 12 heures sur 12 mois**.

Perturbations temporaires de l'activité de l'adhérent travailleur indépendant ou du conjoint collaborateur en cas : d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'hospitalisation programmée de plus à 4 jours ou d'immobilisation à domicile supérieure à 5 jours ou de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile supérieure à 15 jours

■ Aide aux déplacements

Organisation et prise en charge de 3 trajets A/R dans les 20 jours suivant l'évènement, **dans la limite de 250 euros TTC**.

■ Service de coursier

Organisation de l'acheminement de documents professionnels urgents depuis le domicile ou le lieu de travail, **dans la limite de 3 portages dans les 20 jours suivants l'évènement et dans un rayon de 30 km**. Les frais d'envoi postaux restent à la charge de l'assuré.

■ Transfert d'un collaborateur

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un collaborateur en France métropolitaine, pour permettre le remplacement de l'assuré.

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

Perturbations temporaires de l'activité de l'adhérent travailleur indépendant ou du conjoint collaborateur en cas : d'accident entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours ou d'immobilisation imprévue au domicile supérieure à 30 jours ou d'hospitalisation de plus de 5 jours en cas de survenance d'une pathologie lourde ou d'hospitalisation de plus de 10 jours en cas d'aggravation d'une pathologie lourde

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre en cas d'accident corporel ou de maladie invalidante de l'adhérent travailleur indépendant ou de son conjoint collaborateur rendant impossible l'exercice de son activité professionnelle.

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.

■ Aide aux déplacements

Organisation et prise en charge de 12 trajets A/R dans les 12 mois suivant l'évènement, **dans la limite de 750 euros TTC**.

■ Service de coursier

Organisation de l'acheminement de documents professionnels urgents depuis le domicile ou le lieu de travail, **dans la limite de 12 portages dans les 12 mois suivants l'évènement et dans un rayon de 30 km**. Les frais d'envoi postaux restent à la charge de l'assuré.

■ Transfert d'un collaborateur

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un collaborateur en France métropolitaine, pour permettre le remplacement de l'adhérent ou de son conjoint collaborateur.

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

■ Accompagnement budgétaire

Accompagnement par un conseiller en Économie sociale et familiale afin d'anticiper les conséquences de la création d'entreprise sur le budget familial, **dans la limite de 6 entretiens téléphoniques dans les 12 mois suivant l'évènement.**

■ Assistance administrative

Support à la gestion professionnelle et privée, **dans la limite de 24 heures sur 12 mois.**

■ Visite d'un ergothérapeute et travaux d'aménagement du lieu de travail

Bilan réalisé par un ergothérapeute dans les 12 mois suivant l'évènement. **Dans la limite d'un bilan par évènement.**

À la suite de ce bilan, l'adhérent ou son conjoint collaborateur 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'adhérent.

Cessation de l'activité professionnelle de l'adhérent travailleur indépendant ou du conjoint collaborateur en cas : d'accident ou maladie rendant impossible l'exercice de l'activité professionnelle ou de décès rendant impossible le maintien de l'activité professionnelle.

■ Aide aux déplacements

Organisation et prise en charge de 3 trajets A/R dans les 12 mois suivant l'arrêt de l'activité, **dans la limite de 250 euros TTC.**

■ Assistance administrative

Support à la gestion professionnelle et privée, **dans la limite de 6 heures sur 12 mois.**

■ Entretien téléphonique avec un travailleur social pour faciliter le retour à l'emploi :

- informations et conseils sur les démarches liées à l'évolution de la situation professionnelle ;
- techniques de recherche d'emploi (CV, lettre de motivation, techniques de prospection, préparation et simulation d'entretien d'embauche) ;
- prospection d'offres d'emploi dans le secteur choisi par l'adhérent ne pouvant plus exercer son activité professionnelle.

Ces garanties sont accordées **dans la limite de 6 entretiens téléphoniques sur une période de 12 mois.**

AIDANTS & AIDÉS

Accompagnement administratif et social

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

■ Répit de l'aidant

En cas de fatigue physique ou morale de l'aidant, nous le mettons en relation avec un réseau de services de proximité : auxiliaire de vie, aide à domicile, portage de repas...

■ 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 8 h 30 à 17 h.

Indisponibilité de l'aidant

En cas d'hospitalisation programmée ou non 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 8 h à 20 h ;
- **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 15 heures**, réparties sur une période maximale de 15 jours 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 ;
- **OU** 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 €.

■ Hébergement temporaire de l'Aidé

Financement du coût d'un hébergement temporaire en foyer d'hébergement, maison d'accueil spécialisée (MAS) ou établissement pour personnes âgées, **dans la limite de 200 € TTC (sur présentation d'une facture).**

■ Téléassistance

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

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 télé-assistance et des 3 premiers mois d'abonnement.

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 :

■ Visite d'établissements

Prise en charge des trajets A/R non médicalisés (taxi ou VSL) sur 30 jours dans un rayon de 100 km du domicile, **dans la limite de 250 € dans les 24 mois suivant l'événement.**

■ 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.

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, 24 h sur 24, au numéro communiqué par la mutuelle.

Sauf cas de force majeure, l'assuré dispose d'un délai de 10 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", "Aide au retour à l'emploi" et "Protection du travailleur indépendant". 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'AEEH, 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 :

- 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.

AMBULATOIRE : hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée).

ASSURÉ : personne physique nommément désignée au contrat et qui bénéficie des garanties.

B

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : c'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

C

CHAMBRE PARTICULIÈRE : cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

Cette prestation est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement comme, par exemple, dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire. Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

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

DÉLAI D'ATTENTE : période suivant la prise d'effet du contrat ou l'adjonction d'un bénéficiaire au cours de laquelle les prestations dont bénéficie l'assuré sont limitées.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES : c'est la part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Le contrat de complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements.

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 : au sens du code de l'action sociale et des familles, il s'agit des 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 : il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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 (plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...).

FRANCHISE MÉDICALE ANNUELLE : c'est la somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

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 : désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

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.

N

NAC : il s'agit de la catégorie des Nouveaux Animaux de Compagnie, à savoir les lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

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 : Cette participation forfaitaire est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

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

PRESTATIONS : il s'agit des montants remboursés à un assuré par la mutuelle en application du contrat souscrit (garanties et éventuels services associés).

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. Il est précisé que le régime d'Assurance Maladie Maternité mis en œuvre par la Caisse des Français à l'Étranger (CFE) n'est pas un régime obligatoire.

T

TICKET MODÉRATEUR : c'est la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le montant remboursé par le Régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise). La participation forfaitaire, les franchises médicales et les dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur : il constitue l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

TIERS PAYANT : ce système de paiement évite au patient de faire l'avance de tout ou partie des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins ou produits.

L'identifiant unique d'Apivia Macif Mutuelle délivré par l'éco organisme Citéo est le FR320871_01GEIG.



Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !



Le contrat **Macif 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 157 000 000 € 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 : Carré Feydeau, - 5 rue Feydeau - 75002 Paris.

MACIF - MUTUELLE ASSURANCE DES COMMERÇANTS 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/MH/05 - 01/25