

PRÉAMBULE

Le contrat MACIF HOSPITALISATION est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la Macif auprès d'Apivia Macif Mutuelle. Ce contrat est régi par les dispositions du Code de la mutualité. Ce contrat n'est pas un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

contrat. La première période d'assurance se termine au 31 décembre de l'année en cours. Le contrat se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque année, sauf dans les cas de cessation de garantie prévus à l'article "Cessation des garanties".

OBJET DE LA GARANTIE

Le contrat MACIF HOSPITALISATION permet de souscrire une complémentaire santé qui rembourse les frais de soins de santé réalisés par l'hôpital entre la date d'entrée et la date de sortie de l'hospitalisation, en complément éventuel des remboursements du Régime obligatoire effectués, au titre de l'Assurance maladie et de l'Assurance maternité. Il permet également de bénéficier de garanties d'assistance.

LES GARANTIES

LES GARANTIES SANTÉ

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement et n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale.

Les forfaits s'entendent par assuré. Lorsque le forfait est annuel, la référence est l'année civile.

CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion au contrat MACIF HOSPITALISATION est réservée aux sociétaires de la Macif ainsi qu'à leur conjoint, descendants ou ascendants, personnes physiques âgées de plus de 16 ans, ayant la capacité de contracter, résidant en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer et affiliés à un Régime obligatoire français d'Assurance maladie.

L'adhésion est possible sans limite d'âge et n'est soumise à aucun questionnaire médical. Cependant, à partir de 70 ans, l'adhésion est conditionnée, pour tout nouvel adhérent et ses ayants droit, à la production d'un justificatif d'une couverture complémentaire précédente, sans interruption de garanties au moment de la souscription. L'adhérent au contrat, qui adhère également à la mutuelle, désigne les assurés inscrits au contrat.

GARANTIES	PLAFONDS DE REMBOURSEMENT
Honoraires chirurgicaux et médicaux	200 %
Honoraires paramédicaux	200 %
Analyse 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 ⁽¹⁾
Forfait patient urgences	Remboursement intégral
Frais de transport	100 %
Frais de séjour	100 %
Chambre particulière avec nuitée en médecine, chirurgie, obstétrique, maternité.	50 € par nuit
Chambre particulière avec nuitée en soins de suite et réadaptation, psychiatrie	50 € par nuit ⁽²⁾
Chambre particulière ambulatoire	15 € par jour
Chambre d'accompagnant avec nuitée en médecine, chirurgie, obstétrique, maternité.	20 € par nuit
Chambre d'accompagnant avec nuitée en soins de suite et réadaptation, psychiatrie	20 € par nuit ⁽²⁾
Honoraires chirurgicaux, médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas d'hospitalisation à l'étranger	100 %

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

(2) Les forfaits chambre particulière et chambre accompagnant garantis 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.

Les personnes pouvant être désignées comme assuré au contrat sont :

- Le conjoint de l'adhérent qu'il exerce ou non une activité professionnelle.
- Les ascendants vivant sous le toit de l'adhérent.
- Les enfants de moins de 20 ans.
- Les enfants âgés de 20 à 26 ans qui poursuivent des études.

Qualité

ADULTE

ENFANT

Sont assimilés au conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Le conjoint ou la personne assimilée doit 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.

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

Si un assuré est bénéficiaire d'un autre contrat de complémentaire santé, l'adhérent doit nous en informer.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date figurant sur la Demande d'assurance. La prise d'effet du contrat ne peut être rétroactive et interviendra au plus tôt le 15 du mois en cours ou le 1er du mois suivant, selon la date de signature de votre

Le contrat couvre :

- **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 (sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit) ;
- le forfait patient urgences ;
- les frais de transport ;
- les frais de séjour ;
- la chambre particulière et la chambre d'accompagnant, avec nuitée ;

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).

LIMITES ET EXCLUSION DES GARANTIES SANTÉ

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

Ne sont pas pris en charge par la mutuelle :

- 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, les maisons de retraite) ;
- les séjours en ateliers thérapeutiques ;
- les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours.

LES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'adhérent et ses proches bénéficient de garanties d'assistance en cas de chirurgie ambulatoire, d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, de naissance ou d'adoption, d'une pathologie lourde. Les prestations pouvant être mises en place sont un accompagnement pré et post-hospitalisation, l'intervention d'une aide à domicile, la garde des enfants, la prise en charge des ascendants vivant au domicile ou la garde des animaux domestiques. Le contrat prévoit également des garanties spécifiques de l'assuré travailleur indépendant mais aussi des garanties d'accompagnement dans le départ à la retraite, d'assistance psychologique ou juridique et d'assistance dédiées aux aidants.

L'assuré exprime à IMA Assurances la nature des prestations d'assistance qui lui sont nécessaires. Le nombre d'heures de prestations d'assistance octroyée 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.

Ces prestations sont accordées dans les conditions et limites prévues dans la note d'information détaillée du contrat.

TERRITORIALITÉ

GARANTIES SANTÉ

Le contrat MACIF HOSPITALISATION intervient pour les soins effectués en France (départements et régions d'outre-mer inclus).

Il intervient également 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.

GARANTIES D'ASSISTANCE

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

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.

EXCLUSION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

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, gérontologiques et gériatriques ;
- 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.

LIMITES DE GARANTIE

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 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 en aucun cas obtenir des remboursements supérieurs aux frais réellement engagés.

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.

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.

ASSURANCES CUMULATIVES

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

DÉCHEANCE 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.

COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles et par assuré. Elles sont fixées en fonction de 3 critères :

- l'âge de l'assuré : celui-ci est déterminé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année (soit : année d'échéance moins année de naissance moins 1) ;

- votre ancienneté à la mutuelle ;
- le nombre d'assurés au contrat ;
- la zone de résidence de l'assuré (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.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent sur demande de l'adhérent :

- 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 (à savoir la date à laquelle il a été signé). 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 de modification de la situation d'un assuré entraînant une augmentation des cotisations. L'adhérent doit alors adresser sa demande à la mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la réception de son nouvel avis d'échéance ;
- en cas de modification des 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 lui est notifiée.

La demande de résiliation doit être adressée par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment 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 ou par déclaration en point d'accueil physique Macif. La mutuelle confirmera par écrit à l'adhérent avoir reçu sa demande de résiliation.

Les garanties cessent également en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les conditions définies dans la note d'information détaillée.

RÉCLAMATION

POUR LES GARANTIES SANTÉ ET LES SERVICES

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 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 au 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.

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>

MÉDIATION

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.

Si le contrat a été souscrit par Internet, l'adhérent peut également utiliser la plateforme européenne de règlement en ligne des litiges.

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.

Cette synthèse est une présentation générale et succincte du contrat qui n'a pas vocation à se substituer à la note d'information détaillée qui sera adressée ultérieurement à l'adhérent et dont il est important de prendre connaissance attentivement. La langue utilisée entre la mutuelle et l'adhérent pendant toute la vie du contrat est le français. Les informations contenues dans cette synthèse sont valables jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

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.

Les prestations d'assistance sont assurées par 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 - 79000 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.