Assurance Complémentaire Hospitalisation

Document d'information sur le produit d'assurance.
Ce contrat est assuré par Apivia Macif Mutuelle (SIREN n° 779 558 501), mutuelle enregistrée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité.
Produit : contrat MACIF HOSPITALISATION.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat MACIF HOSPITALISATION est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit bénéficiaires, réalisés par l'hôpital entre la date d'entrée et la date de sortie de l'hospitalisation, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ce contrat n'est pas un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants de prestations prises en charge au titre du contrat sont soumis à des plafonds ci-dessous détaillés. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à votre charge. Les garanties frais de santé ci-dessous sont exprimées soit en pourcentage (par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale et en incluant le remboursement de l'assurance maladie obligatoire), soit en euros.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Honoraires chirurgicaux et médicaux.
- ✓ Honoraires Paramédicaux.
- ✓ Analyse et examens de laboratoire.
- ✓ Radiologie.
- ✓ Participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €.
- ✓ Forfait journalier hospitalier.
- ✓ Forfait patient urgences.
- ✓ Frais de transport.
- ✓ Frais de séjour.
- ✓ Chambre particulière (avec nuitée).
- ✓ Chambre particulière en ambulatoire.
- ✓ Chambre d'accompagnant (avec nuitée).
- ✓ Honoraires chirurgicaux, médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire en cas d'hospitalisation à l'étranger.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas de chirurgie ambulatoire.
- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de naissance ou d'adoption.
- ✓ Assistance en cas de pathologie lourde.
- ✓ Informations et conseils (soutien psychologique, conseils médicaux, sociaux, informations juridiques).
- ✓ Assistance dédiée aux aidants et aux travailleurs indépendants.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins.
- ✓ Tiers payant.

Les garanties ou services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ 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, ainsi que les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours
- ✗ Les frais de santé réalisés avant la date d'entrée ou après la date de sortie de l'hospitalisation.

Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les frais d'hospitalisation non pris en charge par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale.
- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La participation forfaitaire sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.
- ! 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.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **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 honoraires chirurgicaux et médicaux, les honoraires paramédicaux, les analyses et examens de laboratoire et la radiologie. Pendant ce délai, 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.
- ! **Forfait journalier hospitalier :** Remboursement limité à 60 jours par an en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie.
- ! **Chambre particulière et accompagnant avec nuitée en soins de suite, de réadaptation et en psychiatrie :** le forfait, pour chacune de ces garanties, est versé dans la limite globale de 60 nuits par an. 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.

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France (départements et régions d'outre-mer inclus).
- ✓ L'assuré est 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 conditions 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 garanties d'assistance s'appliquent en France (hors départements et régions d'outre-mer) y compris Andorre et Principauté de Monaco.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, l'adhérent doit :

À la souscription :

- être âgé de plus de 16 ans et avoir la capacité de contracter, résider en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'outre-mer et être affilié à un régime obligatoire français d'assurance maladie ;
- remplir avec exactitude la demande d'assurance et la signer ;
- fournir une copie de sa pièce d'identité ainsi que la copie de l'attestation de carte vitale de chaque assuré ;
- remplir le mandat SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire en cas de paiement des cotisations par prélèvement.

Durant le contrat :

- payer la cotisation prévue au contrat ;
- fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat ;
- faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par le Régime obligatoire ou la date de l'évènement à indemniser ou de sa date de facturation ;
- le cas échéant, se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur ;
- signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'un des assurés, changement de domicile ou de situation familiale…) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.

Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat.

Le paiement de la cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance. En cas de non paiement au-delà de ce délai, et après une mise en demeure restée sans effet, l'assureur pourra être amené à résilier le contrat.

Les cotisations peuvent être réglées par mandat de prélèvement SEPA ou, à défaut, par chèque (uniquement pour le prélèvement annuel). Il est possible de demander le fractionnement du paiement de la cotisation (semestriel, trimestriel ou mensuel). Aucuns frais de fractionnement ne sont alors appliqués.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée sur la demande d'assurance. Sa durée est d'un an. Il se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1er janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Si le contrat a été souscrit exclusivement à distance ou à la suite d'un démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la prise d'effet du contrat.

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de modification de la situation d'un assuré entraînant une augmentation des cotisations, si l'adhérent refuse cette augmentation ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, si l'adhérent refuse cette modification.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours ;
- à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. 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 des cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du 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 est notifiée à l'adhérent.

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.

Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !

LE TRI FACILE

Macif Hospitalisation

Tableau de garanties

Garanties en vigueur au 1er janvier 2025

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 %

(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 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.

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.

MUTUALITÉ FRANÇAISE
MEMBRE DE LA

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites prévues au contrat. Ce contrat n'est pas un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

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.

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.

TG MH - 01/25