

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 GARANTIE 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 Garantie 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, engagés dans le cadre d'une hospitalisation (hospitalisation à domicile incluse), en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



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 : 200 %
- ✓ Analyses et examens de laboratoire : 100 %
- ✓ Radiologie : 100 %
- ✓ Honoraires paramédicaux : 100 %
- ✓ Participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €
- ✓ Frais de transport : 100 %
- ✓ Frais de séjour : 100 %
- ✓ Forfait journalier hospitalier : Remboursement intégral
- ✓ Chambre particulière : 50 €/ jour
- ✓ Chambre accompagnant de l'assuré : 20 €/ jour

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de naissance ou d'adoption.
- ✓ Assistance en cas de pathologies lourdes.
- ✓ Assistance en cas d'obsèques.
- ✓ Informations et conseils (soutien psychologique, conseils médicaux, sociaux, informations juridiques).
- ✓ Assistance dédiée aux aidants.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins Santéclair.
- ✓ Tiers payant.

Les garanties ou services précédés d'une coche verte ✓ 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 dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).
- ✗ Les frais de santé engagés en dehors de toute 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 soins et frais réalisés dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire y compris la chambre particulière et la chambre accompagnant.
- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La participation forfaitaire d'un euro 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

- ! **L'hospitalisation** nécessite que l'assuré passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier.
- ! **Forfait journalier hospitalier** : la prise en charge du forfait journalier hospitalier est limitée à 90 jours par année civile et par assuré dans le cas d'une affection psycho-pathologique.
- ! **Chambre particulière ou accompagnant** : remboursement limité à 90 jours par année civile.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France (départements et régions d'outre-mer inclus).
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ 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, etc...) 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 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'adhésion. Sa durée est d'un an. Il se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 30 jours 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 courrier postal à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant, par courrier électronique, par déclaration en point d'accueil physique Macif ou via l'Espace Assurance sur le site www.macif.fr.

La mutuelle confirmera par écrit à l'adhérent avoir reçu sa demande de résiliation.