

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par Macif-Mutualité, mutuelle enregistrée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité. SIREN n°779 558 501

Produit : contrat COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SALARIÉS (contrat collectif à adhésion facultative)



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. Les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat collectif à adhésion facultative Complémentaire Santé Salariés est souscrit par l'employeur au profit de ses salariés et de leurs éventuels ayants droit affiliés. Ce contrat surcomplémentaire propose des formules de prestations supérieures à celles mises en place au titre du contrat collectif obligatoire conclu par l'entreprise. Le contrat vise à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française et des garanties du contrat obligatoire tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, sauf exceptions prévues au tableau de garanties. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties choisi et qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à la charge de l'assuré.

### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : frais de séjour, actes en secteur hospitalier, honoraires, forfait journalier.
- ✓ **Frais médicaux courants** : visites et consultations médecins, actes de chirurgie et de spécialité, examens de radiologie, auxiliaires médicaux, analyses, pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale, actes de prévention.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses ou orthodontie remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillage et autres frais** : petit appareillage et accessoires, prothèses (orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires) et grand appareillage inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP), frais de transport.

### LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière et lit accompagnant.
- Ostéopathie, forfait global (étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicurie et podologie).
- Pharmacie remboursée à 15%, vaccin antigrippe non remboursé, pilule contraceptive non remboursée.
- Chirurgie réfractive de l'œil.
- Prothèses et implants dentaires non remboursés, parodontie/endodontie non remboursées par la Sécurité sociale.
- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (honoraires, soins, frais de transport, hébergement).
- Prime naissance ou adoption.

### L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de naissance ou d'adoption, de pathologies lourdes et en cas d'obsèques.
- ✓ Assistance dédiée aux aidants.

### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseaux 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 frais non pris en charge par l'assurance maladie et non pris en charge au titre du tableau de garanties.
- ✗ 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).



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

### LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! 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 EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! Tous les actes non pris en charge par le régime obligatoire sauf dérogations prévues au tableau des garanties.
- ! Les frais d'hébergement et de traitement exposés en établissement de post-cure.

### LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT

- ! **Chambre particulière** : hors psychiatrie et ambulatoire et pour une hospitalisation d'au moins une nuit.
- ! **Lit accompagnant** : pour les enfants ayants droit de moins de 16 ans et pour une hospitalisation d'au moins une nuit.
- ! **Dentaire** : les prothèses dentaires et implants non remboursés sont pris en charge sous réserve d'être inscrits à la nomenclature de la Classification commune des actes médicaux (CCAM).
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue et enfants mineurs (un remboursement tous les ans)
- ! **Forfait global "étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicurie et podologie"** : forfait unique annuel pour l'ensemble des spécialités mentionnées.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les assurés sont couverts en France et à l'étranger.
- ✓ Pour les soins dispensés à l'étranger, le remboursement par l'assureur se fait en France et en euros sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale française et selon la formule de garanties souscrite, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine, le cas échéant, de suspension des garanties, doivent être respectées les obligations suivantes :**

### À la souscription :

- être membre du personnel admis à l'assurance ;
- être affilié au contrat de base à adhésion obligatoire ;
- remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion accompagné des justificatifs demandés.

### Durant le contrat :

- payer la cotisation prévue au contrat pour la formule améliorée ;
- en cas de suspension du contrat de travail sans maintien partiel ou total de salaire, manifester auprès de l'assureur sa volonté de maintenir sa couverture frais de santé dans le mois qui précède la suspension du contrat de travail ;
- en cas de maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, justifier auprès de l'assureur, lors de la cessation du contrat de travail et au cours de la période de maintien des garanties, du respect des conditions mentionnées à la notice d'information détaillée ;
- signaler tout changement de situation ou de coordonnées bancaires accompagné des justificatifs adéquats ;
- en cas de sortie de l'assurance, restituer la carte de tiers payant au centre de gestion.

### En cas de sinistre :

- le salarié doit faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale ou suivant la date des soins pour les frais non remboursés ;
- le salarié doit fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation due au titre du contrat collectif à adhésion facultative est à la charge exclusive du salarié affilié. La cotisation mensuelle, fixée au bulletin d'adhésion, est payable d'avance. Elle peut être payée selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion.

Le règlement s'effectue par mandat de prélèvement SEPA (mensuel, trimestriel ou annuel) ou bien par chèque (annuel uniquement) et se fait sans l'application de frais de fractionnement.

En tout état de cause, le paiement de la cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

**L'adhésion au contrat collectif facultatif du salarié affilié et de ses ayants droit prend effet** à la date indiquée au "bulletin d'adhésion à une formule supérieure", et au plus tôt : soit, à la date de l'affiliation du salarié au contrat obligatoire si les demandes sont concomitantes ; soit, à la date d'un événement familial défini au contrat, si cette demande est postérieure à l'adhésion du salarié au contrat obligatoire et intervient moins de 30 jours à compter de la survenance de l'évènement ; soit le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion dans les autres cas.

Le salarié dispose d'un délai de 30 jours pour renoncer à son adhésion au contrat collectif facultatif et ce, à compter de la date de prise d'effet de son adhésion. En dépit de cette renonciation, l'adhérent et ses ayants droit demeurent affiliés au contrat collectif obligatoire de base.

**Les garanties cessent** : soit à la date à laquelle l'adhérent ne remplit plus les conditions d'admission ; soit en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions définies au contrat ; soit en cas de résiliation par l'entreprise souscriptrice ou par l'assureur du contrat collectif à adhésion facultatif ou du contrat obligatoire ; soit en cas de dénonciation de son adhésion par le salarié.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

**En ce qui concerne la résiliation par l'entreprise du contrat collectif facultatif** : l'employeur peut résilier le contrat au moins deux mois avant l'échéance par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi. La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit.

**En ce qui concerne le salarié, ce dernier peut dénoncer son adhésion au contrat collectif facultatif** : soit, à tout moment, la dénonciation du contrat prenant effet le 31 décembre de l'année de réception de la demande ; soit dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet du contrat ; soit en cas de modification des garanties à la suite notamment d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai de trente jours à compter du jour où cette modification lui est notifiée ; soit en cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de sa situation, dans un délai de trente jours à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance.

Le salarié et ses éventuels ayants droit demeurent toutefois affiliés au contrat collectif obligatoire de base.

## Formules de prestations

La formule de prestations retenue par votre entreprise est précisée au bulletin d'affiliation.

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées, conformément à la loi. Les pourcentages sont exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale. **Les garanties ci-dessous s'entendent sous déduction des prestations versées par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale. Les prestations du contrat facultatif s'entendent également sous déduction du contrat santé de base.**

PRESTATIONS	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	MÉDIANE	CONFORT	ÉTENDUE	PERFORMANCE
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>						
Frais de séjour	100 %	100 %	Frais réels <sup>(1)</sup>	Frais réels <sup>(1)</sup>	Frais réels <sup>(1)</sup>	Frais réels <sup>(1)</sup>
Actes en secteur hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires chirurgicaux et médicaux (adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Honoraires chirurgicaux et médicaux (non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %	160 %
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (hors psychiatrie et ambulatoire)	-	40 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	90 € / jour
Lit d'accompagnant (enfant ayant droit de moins de 16 ans)	-	15 € / jour	15 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
<sup>(1)</sup> Les frais de séjour en établissement non conventionné sont limités à 400 % de la Base de Remboursement						
<b>FRAIS MÉDICAUX COURANTS</b>						
Adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : ● consultations et visites (généralistes et spécialistes) ● actes de chirurgie et de spécialité ● examens de radiologie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : ● consultations et visites (généralistes et spécialistes) ● actes de chirurgie et de spécialité ● examens de radiologie	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %	160 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Analyses - Actes de biologie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Ostéopathie	-	30 € la séance limité à 2 / an	35 € la séance limité à 2 / an	40 € la séance limité à 2 / an	45 € la séance limité à 2 / an	50 € la séance limité à 2 / an
Forfait global : étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathe, pédicure et podologie	-	20 € / an	25 € / an	50 € / an	75 € / an	100 € / an
Pharmacie						
- remboursée à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- remboursée à 30 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- remboursée à 15 %	-	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccin antigrippe non remboursé	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Pilule contraceptive non remboursée	-	20 € / an	40 € / an	60 € / an	80 € / an	100 € / an
Actes de prévention visés par l'arrêté du 8/06/06	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>OPTIQUE <sup>(2) (3)</sup></b>						
Verres simples*	35 € / verre	50 € / verre	60 € / verre	75 € / verre	90 € / verre	110 € / verre
Verres complexes*	85 € / verre	110 € / verre	125 € / verre	140 € / verre	160 € / verre	210 € / verre
Monture	30 €	50 €	80 €	100 €	120 €	150 €
<sup>(2)</sup> Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement tous les 2 ans, à partir de la date d'équipement, par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où le nombre d'équipements est limité à 1 tous les ans.						
Lentilles (remboursées ou non)	100 %	120 € / an	130 € / an	140 € / an	150 € / an	170 € / an
Chirurgie réfractive	-	100 € / œil	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil
<sup>(3)</sup> Les forfaits en euros indiqués ci-dessus incluent le remboursement du ticket modérateur lorsqu'il est prévu.						
<b>DENTAIRE</b>						
Soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées	125 %	125 %	200 %	300 %	400 %	500 %
Prothèses non remboursées	-	125 € / an	250 € / an	350 € / an	500 € / an	600 € / an
Orthodontie remboursée	125 %	125 %	200 %	300 %	400 %	500 %
Implants dentaires non remboursés	-	125 € / an	250 € / an	350 € / an	500 € / an	600 € / an
Parodontie/Endodontie non remboursées	-	100 € / an	150 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
<b>APPAREILLAGE / AUTRES FRAIS</b>						
Petit appareillage et accessoires, prothèses (orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires) et grand appareillage	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %	400 %
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales (honoraires - soins - frais de transport - hébergement)	-	100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €	100 % + 500 €
Prime naissance ou adoption	-	100 € / enfant	150 € / enfant	200 € / enfant	300 € / enfant	400 € / enfant
<b>ASSISTANCE À DOMICILE INCLUSE dans toutes les formules</b>						

\* Pour l'application de la garantie optique, sont considérés comme :

- verres simples : les verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
- verres complexes : les verres dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ainsi que les verres multifocaux ou progressifs.