

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°779558501

Produit : contrat COMPLÉMENTAIRE SANTÉ HOTELS, CAFÉS, RESTAURANTS



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 obligatoire Complémentaire santé Hôtels, Cafés, Restaurants, souscrit par l'employeur au profit de ses salariés, est destiné à proposer à ces derniers ainsi qu'à leurs éventuels ayants droit affiliés le remboursement de tout ou partie de leurs frais de santé restant à leur charge, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ces garanties interviennent en complément de la Sécurité sociale française 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 garantie choisi et qui figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à la charge du salarié.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité) :** frais et honoraires chirurgicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville), chambre particulière, lit accompagnant.
- ✓ **Frais médicaux courants :** consultations et visites (spécialistes et généralistes), actes de chirurgie, actes techniques médicaux, analyses médicales, imagerie médicale, radiologie, échographie, auxiliaires médicaux, prothèses remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires et auditives inscrits sur la Liste des Produits et Prestations (LPP), prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale, petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale, ostéopathie, chiropractie, étiopathie non remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale.**
- ✓ **Dentaire :** soins dentaires, inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale, prothèses dentaires, orthodontie.
- ✓ **Optique :** monture et verres, lentilles de contact.
- ✓ **Autres garanties :** cures thermales remboursées par la Sécurité sociale, allocation naissance ou adoption, chambre particulière, transport remboursé par la Sécurité sociale, tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale, sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale), acte de prévention.

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 ASSOCIÉS AU CONTRAT

- ✓ 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

- ! **Hospitalisation :** la prise en charge de la chambre particulière est accordée en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit. En cas de séjour à la maternité, la chambre particulière est accordée pour 8 jours maximum.
- ! **Dentaire :** l'orthodontie non remboursée est prise en charge au titre du contrat pour les assurés de moins de 25 ans sous réserve d'être inscrite à la nomenclature de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).
- ! **Ostéopathie, chiropractie, étiopathie non remboursée par la Sécurité sociale :** le forfait prévu est un forfait unique annuel pour l'ensemble des spécialités mentionnées.
- ! **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).



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, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie, doivent être respectées les obligations suivantes :

À la souscription :

- l'employeur doit signer les conditions particulières ;
- l'employeur doit faire signer au salarié le bulletin individuel d'affiliation et doit lui remettre la notice d'information contre récépissé ;
- le salarié doit remplir avec exactitude et signer le bulletin d'affiliation accompagné des justificatifs demandés sauf mise en jeu d'un cas de dispense d'affiliation.

Durant le contrat :

- l'employeur doit payer la cotisation du contrat obligatoire, l'éventuelle part restant à la charge du salarié est précomptée sur la fiche de paie. La cotisation des ayants droit non couverts à titre obligatoire est à la charge du salarié ;
- l'employeur doit informer l'assureur en cas de changement de situation et doit lui faire parvenir la déclaration sociale nominative (DSN) ;
- le salarié doit informer l'assureur de tout changement de situation (ex. : coordonnées bancaires, situation familiale, etc.) ;
- le salarié doit, 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 cette suspension ;
- le salarié doit, en cas de maintien des garanties au titre du mécanisme 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 fait qu'il remplisse les conditions mentionnées dans la note d'information détaillée ;
- le salarié doit fournir chaque année les pièces justificatives de la qualité d'ayant droit des enfants assurés sociaux.

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 du contrat obligatoire, fixée aux conditions particulières, est mensuelle et payable à terme échu. L'entreprise souscriptrice peut la régler mensuellement ou trimestriellement, par chèque (paiement trimestriel uniquement) ou mandat de prélèvement SEPA, selon les modalités prévues au contrat. L'entreprise peut également opter pour le dispositif Titre Emploi Service Entreprise (TESE).

Le salarié assure la charge financière et le paiement de la cotisation afférente à la couverture facultative de ses éventuels ayants droit affiliés. Les modalités de règlement de la cotisation sont définies dans le bulletin d'affiliation. Le règlement peut se faire par mandat de prélèvement SEPA (mensuel, trimestriel ou annuel) ou par chèque (paiement annuel ou trimestriel). La cotisation est payable d'avance.

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



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour l'employeur : le contrat collectif prend effet à la date fixée aux conditions particulières. Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Pour le salarié, le contrat collectif à adhésion obligatoire prend effet : soit, au plus tôt, à la date d'effet du contrat ; soit à la date d'appartenance au groupe assuré ; soit, à la date mentionnée au bulletin d'affiliation, en cas d'affiliation faisant suite à la fin d'une dispense d'affiliation.

Les garanties du contrat collectif à adhésion obligatoire cessent, pour le salarié : soit à l'expiration du mois au cours duquel prend fin l'appartenance au groupe assuré ; soit à la date à laquelle prend fin la période de portabilité ; soit à la date de résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire par l'entreprise souscriptrice ou l'assureur.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise souscriptrice peut résilier le contrat collectif obligatoire au moins deux mois avant son échéance annuelle, 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 est tenu d'être affilié au contrat collectif, sauf mise en jeu d'un cas de dispense d'affiliation prévus par la réglementation.

COMPLÉMENTAIRE SANTE HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS - Montant des prestations

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 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 en complément des prestations versées par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale et dans la limite du reste à charge.**

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS FRAIS DE SANTE	
	LIMITE DE REMBOURSEMENTS	
HOSPITALISATION (y compris Maternité)		
Frais et Honoraires chirurgicaux : Adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 400% BRSS	
Frais et Honoraires chirurgicaux : Non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 100 % BRSS	
Frais de séjour	250 % BRSS	
Forfait journalier hospitalier	100 % FR sans limitation de durée	
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire	
Chambre particulière	50 € par jour	
Lit accompagnant	15 € par jour	
FRAIS MÉDICAUX – SOINS COURANTS		
Consultations, Visites de généralistes et spécialistes : Adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 40 % BRSS	
Consultations, Visites de généralistes et spécialistes : Non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur	
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux : Adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 40 % BRSS	
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux : Non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur	
Analyses médicales	Ticket modérateur	
Imagerie médicale, radiologie, échographie : Adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur	
Imagerie médicale, radiologie, échographie : Non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur	
Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur	
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires & auditives	65% BRSS	
Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	65 % BRSS + 400 € par oreille (maxi 2 par an)	
Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100 % BRSS	
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie non remboursée par la Sécurité sociale	100 € par an et par bénéficiaire	
PHARMACIE		
Remboursée par la Sécurité sociale	Ticket modérateur	
FRAIS DENTAIRES		
Soins dentaires	Ticket modérateur	
Inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale	200 % BRSS	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	240 % BRSS	
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	240 % BRSS (1)	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	166 % BRSS	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	100 % BRSS (2)	
FRAIS D'OPTIQUE		
Forfait par verre (3)	Unifocaux (selon la dioptrie)	Multifocaux (selon la dioptrie)
De 0 à 4	185 €	311 €
De 4,25 à 6		
De 6,25 à 8	277 €	
A partir de 8,25		
Monture (3)	100 €	
Lentilles correctrices remboursées (y compris jetables)	126 € par an et par bénéficiaire (minimum Ticket modérateur)	
Lentilles correctrices non remboursées (y compris jetables)	126 € par an et par bénéficiaire	
CURES THERMALES		
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	Ticket modérateur	
MATERNITÉ		
Allocation naissance ou adoption	8 % PMSS par enfant	
Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5 % PMSS par jour	
AUTRES REMBOURSEMENTS		
Transport remboursé par la Sécurité sociale	Ticket modérateur	
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale	3 % PMSS par an et par bénéficiaire	
ACTES DE PRÉVENTION		
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la SS)	80 € par an et par bénéficiaire	
Actes de prévention visés par l'arrêté du 8/06/2006	Ticket modérateur	
ASSISTANCE		

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

Les actes en secteur non-conventionné sont remboursés sur la base du TARIF D'AUTORITÉ

(1) : Reconstituée sur une BRSS à 107,5 €

(2) : Reconstituée sur une base d'un TO90

(3) : Un équipement optique "verres et monture" pris en charge par période de 2 ans.

Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de 1 an.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Dispositifs mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires. Il existe deux dispositifs : le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO). Le cahier des charges du contrat responsable impose une meilleure prise en charge des actes et consultations facturés par les médecins adhérents à ces dispositifs. Pour les salariés relevant du régime Local d'assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale - comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire - qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime.