Assurance Complémentaire Santé

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

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 MUTUELLE SANTÉ 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 des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. 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 les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation :** honoraires chirurgicaux, médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, radiologie, ainsi que la participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €, les frais de transport et de séjour, le forfait patient urgences et le forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Prime de naissance :** 100 € par enfant.
- ✓ **Soins courants :** honoraires médicaux et paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire, ainsi que les honoraires de psychologue pris en charge par la Sécurité sociale, les médicaments et honoraires de dispensation, les frais de transport.
- ✓ **Prévention et mieux-être :** pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, à savoir la contraception non remboursée, le vaccin antigrippal non remboursé, et l'auto-test VIH.
- ✓ **Dentaire :** actes et soins dentaires, soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay, prothèses dentaires 100 % Santé telles que définies réglementairement, autres prothèses dentaires (couronne, couronne transitoire, bridge, appareil dentaire amovible, Inlay-core, dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil dentaire amovible) et orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique :** équipements 100 % Santé (dits de classe A) tels que définis réglementairement, autres verres et montures remboursés par la Sécurité sociale, lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives :** équipements 100 % Santé (dits de classe I) tels que définis réglementairement, autres aides auditives remboursées par la Sécurité sociale, et les piles et accessoires.
- ✓ **Appareillage :** matériel médical, appareils de basse vision, les véhicules pour handicapés physiques en location courte durée et les prothèses capillaires de classe II, III et IV.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière (avec nuitée et en ambulatoire) et la chambre accompagnant avec nuitée.
- Les médicaments remboursés à 30 % et 15 % par la Sécurité sociale.
- Les séances Mieux-être, à savoir les séances réalisées par un ostéopathe, un acupuncteur, un diététicien, un chiropracteur, un pédicure, un podologue, un psychologue (séance non remboursée par la Sécurité sociale), un sophrologue et un hypnothérapeute, ainsi que la participation à des ateliers d'activité physique adaptée.
- La pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, à savoir les test de grossesse et d'ovulation, l'homéopathie, les médicaments prescrits ou référencés ANSM, ainsi que le matériel de surveillance de l'hypertension artérielle.
- Orthodontie, Implants dentaires et parodontie, non remboursés par la Sécurité sociale.
- Lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale.
- Chirurgie réfractive de l'œil.
- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de naissance ou d'adoption.
- ✓ 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 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 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.

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 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 soin.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délais d'attente :** Selon la formule souscrite, des délais d'attente peuvent s'appliquer. Pendant 3 mois, l'assuré bénéficie des garanties de la formule ÉQUILIBRÉE 2.
- ! **Forfait journalier hospitalier :** remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum.
- ! **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.
- ! **Séances mieux-être :** forfait unitaire dont la limite globale annuelle (de 2 à 4 séances par an) varie en fonction de la formule de garantie.
- ! **Dentaire :** pour les soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay, les autres prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale, l'orthodontie, les implants dentaires et la parodontie, les remboursements sont limités à un plafond global annuel durant les 36 premiers mois d'affiliation de l'assuré. Cette durée de plafonnement peut être prolongée en cas de modification de la formule de garanties.
- ! **Optique :** remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement.
- ! **Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale :** le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.

DIPA MACIF MUTUELLE SANTÉ - 01/26

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France (départements et régions d'outre-mer inclus).
- ✓ L'assuré est couvert pour les soins ou les équipements achetés hors de France sous réserve qu'ils soient pris 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 à la formule de garantie souscrite 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 la Sécurité sociale 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 paiement 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 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