

Assurance Complémentaire Santé

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 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 Garantie 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, participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €, frais de transport et de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences.
- ✓ **Prime de naissance** : 100 € / enfant.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, médicaments remboursés à 30% et 65% par la Sécurité sociale, analyses et examens de laboratoire, radiologie, transport hors hospitalisation.
- ✓ **Prévention** : actes de prévention et vaccins remboursés par la Sécurité sociale, objets contraceptifs inscrits à la LPP, vaccin antigrippal non remboursé, forfaits Prévention / Bien être.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay, prothèses dentaires 100% Santé telles que définies réglementairement, autres prothèses dentaires (couronne, couronne transitoire, bridge, appareil amovible, Inlay-core, dent supplémentaire, réparation sur bridge et appareil 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, appareils basse vision.
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100% Santé (dits de classe I) tels que définis réglementairement, autres aides auditives remboursées par la Sécurité sociale, entretien, piles et accessoires.
- ✓ **Appareillage** : matériel médical et véhicule pour personnes handicapées physiques.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière et chambre accompagnant, si hospitalisation d'au moins une nuit.
- Médicaments remboursés à 15% par la Sécurité sociale.
- Homéopathie non remboursée par la Sécurité sociale, à savoir les consultations en homéopathie et les médicaments homéopathiques.
- Forfait ostéopathe, acupuncteur, diététicien, chiropracteur, podologue, pédicure, psychologue, étioathe.
- 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, de pathologies lourdes et en cas d'obsèques.
- ✓ Assistance dédiée aux aidants.

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 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 soin.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Forfait journalier hospitalier** : remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum.
- ! **Chambre particulière ou accompagnant** : remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum et limité à 90 jours par année civile.
- ! **Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, chiropracteur, podologue, pédicure, psychologue, étioathe** : forfait unique pour l'ensemble des spécialités mentionnées, remboursement avec une limitation à 3 séances par année civile.
- ! **Les prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors prothèses 100% santé) et l'orthodontie** : les remboursements sont limités à un plafond global annuel durant les 24 premiers mois d'affiliation de l'assuré.
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement.
- ! **Les 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.



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 (dans la limite du ticket modérateur), 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 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, 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 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'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 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.

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES DES FORMULES “SOINS”

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 par l'assuré, conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement et n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale. Les forfaits s'entendent par assuré.

	ÉCONOMIQUE	ÉQUILBRÉE	PROTECTRICE	EXCELLENCE
HOSPITALISATION ⁽¹⁾				
Honoraires (chirurgicaux et médicaux) :				
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	175 %	225 %	250 %
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	150 %	200 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Radiologie	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Oui	Oui	Oui	Oui
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier⁽²⁾	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Chambre particulière⁽²⁾	-	50 €/jour limité à 90 jours/an	60 €/jour limité à 90 jours/an	70 €/jour limité à 90 jours/an
Chambre accompagnant⁽²⁾	-	20 €/jour limité à 90 jours/an	25 €/jour limité à 90 jours/an	30 €/jour limité à 90 jours/an
PRIME NAISSANCE				
Prime naissance	100 €/enfant	100 €/enfant	100 €/enfant	100 €/enfant
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations - visites (médecine générale) :				
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	150 %	175 %	225 %
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	125 %	150 %	200 %
Consultations - visites (médecine spécialiste) :				
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	175 %	225 %	250 %
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %	150 %	200 %	200 %
Médicaments				
● pharmacie remboursée à 65 % et à 30 % par le RO*	100 %	100 %	100 %	100 %
● pharmacie remboursée à 15 % par le RO	15 % ⁽³⁾	100 %	100 %	100 %
Homéopathie non remboursée par le RO* (prestations assurées depuis le 01/01/2021)	-	20 €/an	40 €/an	60 €/an
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Radiologie	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Ostéopathe / Acupuncteur / Diététicien / Chiropracteur / Podologue / Pédicure / Psychologue / Étiope	-	35 €/séance ⁽⁴⁾	40 €/séance ⁽⁴⁾	45 €/séance ⁽⁴⁾
Transport hors hospitalisation	100 %	100 %	100 %	100 %
PRÉVENTION				
Actes de prévention et vaccins remboursés par le RO*	100 %	100 %	100 %	100 %
Objets contraceptifs inscrits à la LPP*	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccin antigrippal non remboursé	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Forfaits Prévention / Bien-être⁽⁵⁾ :				
● intimité et vie du couple	50 €	50 €	50 €	50 €
● activité physique adaptée et prévention des risques cardio-vasculaires	40 €	40 €	40 €	40 €
DENTAIRE				
Soins (actes et soins dentaires)	100 %	100 %	100 %	100 %
Soins d'obturation Inlay / Onlay / Overlay⁽⁵⁾	100 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €

⁽¹⁾ Sont exclus les séjours en établissement médico-social*, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé en annexe.

⁽²⁾ Sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit.

⁽³⁾ Remboursement par le Régime obligatoire* uniquement.

⁽⁴⁾ Limité à 3 séances par année civile pour l'ensemble des spécialités.

⁽⁵⁾ Forfait par année civile.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* : OPTAM/OPTAM-CO.
LPP* : Liste des Produits et Prestations.
RO* : Régime Obligatoire.

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES DES NIVEAUX D'“ÉQUIPEMENTS”

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 par l'assuré, conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement et n'incluent pas le remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties exprimées en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale, le ticket modérateur et la prise en charge forfaitaire de la mutuelle. Les forfaits s'entendent par assuré.

	0	1	2	3	4
DENTAIRE ⁽⁶⁾					
Prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾ <i>(prestations assurées depuis le 01/01/2020)</i> 	Remboursement intégral ⁽⁸⁾				
Autres prothèses remboursées par le RO* :					
Couronne dentaire	100 %	90 € /couronne	175 € /couronne	260 € /couronne	345 € /couronne
Couronne dentaire transitoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Bridge (3 à 5 dents)	100 %	280 € /bridge	500 € /bridge	720 € /bridge	940 € /bridge
Appareil dentaire amovible (1 à 3 dents)	100 %	100 € /appareil	150 € /appareil	200 € /appareil	250 € /appareil
Inlay-core	100 %	45 € / inlay			
Dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil amovible	100 %	10 € /dent ou réparation	20 € /dent ou réparation	30 € /dent ou réparation	40 € /dent ou réparation
Orthodontie remboursée par le RO* ⁽¹⁶⁾	100 %	100 € /semestre	250 € /semestre	400 € /semestre	550 € /semestre
Pour les "autres prothèses remboursées par le RO*" et "l'orthodontie", un plafond global annuel s'applique :					
● année 1 (jusqu'à la fin du 12 ^e mois d'affiliation de l'assuré*)	-	500 €	500 €	700 €	700 €
● année 2 (jusqu'à la fin du 24 ^e mois d'affiliation de l'assuré*)	-	1000 €	1000 €	1400 €	1400 €
Implants dentaires ⁽⁹⁾	-	-	300 €	400 €	500 €
Parodontie non remboursée par le Régime obligatoire* ⁽⁹⁾	-	100 €	150 €	200 €	250 €
OPTIQUE					
Équipements 100 % Santé ⁽⁷⁾ <i>(prestations assurées depuis le 01/01/2020)</i> 	Remboursement intégral ⁽⁸⁾				
Autres verres et montures remboursés par le RO* :					
Monture adulte	100 %	30 €	60 €	90 €	100 € ⁽¹⁰⁾
Verre simple adulte (par verre)	100 %	30 €	50 €	70 €	90 €
Verre complexe et hyper complexe adulte (par verre)	100 %	85 €	100 €	115 €	135 €
Monture enfant	100 %	30 €	40 €	50 €	70 €
Verre simple enfant (par verre)	100 %	20 €	35 €	50 €	75 €
Verre complexe et hyper complexe enfant (par verre)	100 %	85 €	100 €	115 €	130 €
Lentilles de contact ⁽⁹⁾	100 % ⁽¹¹⁾	100 % + 40 €	100 % + 80 €	100 % + 120 €	100 % + 160 €
Chirurgie réfractive de l'œil ⁽¹²⁾	-	-	-	300 €	400 €
Appareils basse vision ⁽¹³⁾	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €
Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement. Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.					
AIDES AUDITIVES					
Équipements 100 % Santé ⁽⁷⁾ <i>(prestations assurées depuis le 01/01/2021)</i> 	Remboursement intégral ⁽⁸⁾				
Autres aides auditives remboursées par le RO* :					
Appareil acoustique (> 20 ans)	100 %	100 % + 150 €	100 % + 300 €	100 % + 450 €	100 % + 600 €
Appareil acoustique (≤ 20 ans)	100 %	100 % + 50 €	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €
Entretien, piles et accessoires ⁽⁹⁾	100 %	100 % + 30 €	100 % + 40 €	100 % + 50 €	100 % + 60 €
Pour l'ensemble des aides auditives prises en charge au titre du contrat, le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Dans tous les cas, pour chaque assuré*, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.					
APPAREILLAGE					
Matériel médical ⁽¹⁴⁾	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
Véhicule pour handicapés physiques inscrit au titre IV de la LPP* ⁽⁹⁾	100 % + 1500 €	100 % + 1500 €	100 % + 1500 €	100 % + 1500 €	100 % + 1500 €
CURES THERMALES ⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾					
Honoraires de cures thermales	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Transport et hébergement	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait thermal pour soins	-	100 %	100 %	100 %	100 %
			+ 150 €	+ 250 €	+ 350 €

⁽⁶⁾ Pour l'ensemble des garanties "Autres prothèses remboursées par le RO* et orthodontie", les forfaits sont accordés dans la limite des plafonds année 1 et année 2 indiqués ci-dessus. Au-delà de ces plafonds, seul le ticket modérateur* est remboursé. Ces plafonds s'appliquent en cas de changement du niveau d'Équipements.

⁽⁷⁾ Tels que définis réglementairement.

⁽⁸⁾ Dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur.

⁽⁹⁾ Forfait par année civile.

⁽¹⁰⁾ Par exception, ce forfait de 100€ correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

⁽¹¹⁾ Uniquement les lentilles prises en charge par le Régime obligatoire*.

⁽¹²⁾ Forfait par œil et par année civile.

⁽¹³⁾ Aides visuelles pour les personnes dont l'acuité visuelle avec correction est inférieure à 4/10^e. Forfait par année civile. La prise en charge s'effectue en complément du Régime obligatoire* et/ou des aides publiques éventuelles.

⁽¹⁴⁾ Hors titre IV de la LPP*, objets contraceptifs, basse vision et appareils acoustiques.

⁽¹⁵⁾ Sous réserve de prise en charge de la cure thermale par le Régime obligatoire*.

⁽¹⁶⁾ Forfait par semestre de traitement, pouvant être proratisé selon la durée effective de traitement.
LPP* : Liste des Produits et Prestations. RO* : Régime Obligatoire.