

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 BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES À DOMICILE (BAD)



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 Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD), souscrit par l'employeur au profit de ses salariés, a pour objet le remboursement de tout ou partie des 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 salarié affilié a la possibilité d'étendre sa couverture santé à ses ayants droit. En complément du contrat de base souscrit par l'employeur, le salarié peut faire le choix d'améliorer sa garantie en adhérant à l'une des options facultatives pour lui-même et ses éventuels ayants droit affiliés. 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 de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité** : frais de séjour, actes de chirurgie, actes d'anesthésie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, chambre particulière (hors maternité), transport remboursé par la Sécurité sociale, forfait hospitalier et forfait actes lourds.
- ✓ **Frais médicaux et soins courants remboursés par la Sécurité sociale** : consultations et visites de médecins, actes de chirurgie, actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale, actes d'échographie, auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoires, actes médicaux supérieurs à 120€, actes de prévention.
- ✓ **Pharmacie** : pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, vaccins anti-grippe, contraception prescrite.
- ✓ **Dentaire remboursé par la Sécurité sociale** : soins dentaires (hors inlay et onlay), inlay simple et onlay et soins avec dépassement, prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires), prothèses dentaires (molaires - dents de fond de bouche), inlay-cores avec et sans clavette, orthodontie.
- ✓ **Orthopédie et autres prothèses remboursées par la Sécurité sociale** : prothèses auditives (y compris piles), orthopédie et autres prothèses (hors auditives et dentaires).
- ✓ **Optique** : lunettes (verres et monture), lentilles de contact, chirurgie réfractive de l'œil.
- ✓ **Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale** : frais de traitement et honoraires.
- ✓ **Maternité** : naissance d'un enfant déclaré, chambre particulière.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif).
- Parodontologie, prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale.
- Cures thermales : frais de séjour, voyage et hébergement.
- Ostéopathie (auprès d'un praticien adhérent d'une association agréée).

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 ITELYS.
- ✓ 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 de garanties.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Pharmacie** : pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.
- ! **Maternité** : la garantie prévue au risque hospitalisation chirurgicale s'applique dans l'hypothèse d'une intervention chirurgicale (césarienne).
- ! **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 et selon la formule de garanties souscrite, 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, en faisant le choix, le cas échéant, d'une option facultative, 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 paye. La cotisation des ayants droit non couverts à titre obligatoire ainsi que celle des formules améliorées sont à la charge du salarié ;
- l'employeur doit informer l'assureur de tout changement de situation et doit lui produire 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 trimestriellement, par chèque 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 assume la charge financière et le paiement de la cotisation afférente à la couverture facultative de ses éventuels ayants droit affiliés ainsi que celle afférente aux formules améliorées. Les modalités de règlement de la cotisation sont définies dans le bulletin d'affiliation. Le règlement s'opère par mandat de prélèvement SEPA. La cotisation est payable d'avance mensuellement ou trimestriellement.

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 ?

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 1er 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.

Lorsque le salarié souscrit une formule de garanties supérieure à celle de l'entreprise, la formule de garanties souscrite prend effet, pour le salarié et ses ayants droit : soit dès l'admission à l'assurance lorsque la demande est concomitante ; soit à la date d'un des événements définis au contrat si la demande d'affiliation est faite dans les 30 jours à compter de la survenance de l'évènement ; soit, dans tous les autres cas, au premier jour du mois qui suit la réception de la demande.

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.

Lorsque le salarié souscrit une formule de garanties supérieure à celle de l'entreprise, la formule de garanties souscrite cesse, pour le salarié et ses ayants droit : soit à la date de dénonciation de la formule optionnelle, soit à la date de résiliation du contrat collectif par l'entreprise souscriptrice ; soit à la fin du mois au cours duquel le salarié affilié n'appartient plus à la catégorie de personnel visée par les conditions particulières du contrat collectif ; soit en cas de non paiement des cotisations dans les conditions définies au contrat.



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 prévu par la réglementation. Cependant, le salarié affilié qui a souscrit une formule de garanties supérieure à celle souscrite par l'entreprise, peut y mettre fin. Le salarié affilié et ses éventuels ayants droit demeurent affiliés à la couverture obligatoire de l'entreprise souscriptrice.

Convention Collective Nationale de la Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile

(Garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2019)

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, conformément à la loi. Sauf indications contraires, les pourcentages sont exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur. **Les garanties ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.**

NATURE DES GARANTIES AVEC LES LIMITES DE REMBOURSEMENT	Secteur conventionné BASE PRIME	Secteur NON conventionné BASE PRIME	Secteur conventionné CONFORT	Secteur NON conventionné CONFORT	Secteur conventionné CONFORT+	Secteur NON conventionné CONFORT +
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ						
Frais de séjour pris en charge par la Sécurité sociale	150% BR	80% FR limité à 150% BR	250% BR	80% FR limité à 250% BR	350% BR	80% FR limité à 350% BR
Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésie (ADA), Actes techniques médicaux (ATM), Actes d'obstétrique (ACO)	150% BR	80% FR limité à 150% BR	175% BR	80% FR limité à 175% BR	200% BR	80% FR limité à 200% BR
• adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	80% FR limité à 130% BR	155% BR	80% FR limité à 155% BR	180% BR	80% FR limité à 180% BR
• non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée						
Chambre particulière hors maternité limitée à 1 an (par jour)		1,5% PMSS		2,5% PMSS		3,5% PMSS
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		Néant		2% PMSS		2% PMSS
Transport remboursé par la Sécurité sociale		100% BR		100% BR		100% BR
Forfait hospitalier engagé et Forfait actes lourds		100% FR		100% FR		100% FR
FRAIS MÉDICAUX – SOINS COURANTS						
Consultations et visites de médecins généralistes	100% BR		100% BR		100% BR	
• adhérents et non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée						
Consultations et visites de médecins spécialistes	150% BR		175% BR		200% BR	
• adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR		155% BR		180% BR	
• non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée						
Hors parcours de soins (généralistes et spécialistes)						
• adhérents et non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	80% FR limité à 100% BR	100% BR	80% FR limité à 100% BR	100% BR	80% FR limité à 100% BR
Actes de chirurgie (ADC), Actes techniques médicaux (ATM)						
• adhérents et non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR		100% BR		100% BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE)						
• adhérents et non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR		100% BR		100% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR		100% BR		100% BR	
Analyses et examens de laboratoires	100% BR		100% BR		100% BR	
Actes médicaux > à 120 euros		18 €		18 €		18 €
PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR		100% BR		100% BR
PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Vaccins anti-grippe		100% FR		100% FR		100% FR
Contraception prescrite / par année civile, par bénéficiaire		Crédit 2,5% PMSS		Crédit 2,5% PMSS		Crédit 3,5% PMSS
DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Soins dentaires (hors inlay et onlay)		100% BR		100% BR		100% BR
Inlay simple et onlay et soins avec dépassement		110% BR		130% BR		160% BR
Prothèses dentaires (incisives, canines et prémolaires)		300% BR		350% BR		400% BR
Prothèses dentaires (molaires - dents de fond de bouche)		200% BR		250% BR		300% BR
Inlay-cores avec et sans clavette		125% BR		130% BR		160% BR
Orthodontie		275% BR		300% BR		325% BR
DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Parodontologie, prothèses dentaires, orthodontie / par année civile, par bénéficiaire		Néant		Crédit 300 €		Crédit 600 €
ORTHOPÉDIE / AUTRES PROTHÈSES (pris en charge par la Sécurité Sociale)						
Prothèses auditives (y compris piles) / par année civile, par bénéficiaire		100% BR + crédit 5% PMSS		100% BR + crédit 15% PMSS		100% BR + crédit 25% PMSS
Orthopédie et autres prothèses (hors prothèses auditives et dentaires)		100% BR		100% BR		150% BR
OPTIQUE						
Le nombre d'équipement (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement tous les 2 ans par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue ou le nombre d'équipement est limité à 1 tous les ans.						
Monture adulte		RSS + forfait 90 €		RSS + forfait 115 €		RSS + forfait 125 €
Monture enfant		RSS + forfait 50 €		RSS + forfait 75 €		RSS + forfait 75 €
Verres / Montant remboursé par verre en fonction du type de verre		RSS + Montant indiqué au contrat		RSS + Montant indiqué au contrat		RSS + Montant indiqué au contrat
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale		2% PMSS		3% PMSS		4% PMSS
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables), par année civile		Crédit 2% PMSS		Crédit 3% PMSS		Crédit 4% PMSS
Chirurgie réfractive (myopie) / par année civile, par œil		Crédit 200 €		Crédit 300 €		Crédit 400 €
CURES THERMALES (acceptées par la Sécurité Sociale)						
Frais de traitement et honoraires		100% BR		100% BR		100% BR
Frais de séjour, voyage et d'hébergement		Néant		Forfait de 10% PMSS		Forfait de 10% PMSS
MATERNITÉ						
Naissance d'un enfant déclaré		Forfait de 5% PMSS		Forfait de 10% PMSS		Forfait de 10% PMSS
Chambre particulière maternité / jour (dans la limite de 6 jours). Au-delà de 6 jours, il sera fait application de l'indemnisation prévue au titre du poste chambre particulière en hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité.		2% PMSS		3% du PMSS		4% du PMSS
ACTES HORS NOMENCLATURE						
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)		Néant		Néant		20 € par acte dans la limite de 5 actes
ACTES DE PRÉVENTION						
Ensemble des actes de prévention visés par l'arrêté du 8.06.2006		100% BR		100% BR		100% BR
ASSISTANCE						

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale / RSS = Remboursement Sécurité sociale / FR = Frais réels / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée / OPTAM-CO = Option pratique tarifaire maîtrisée - Chirurgien obstétricien.

Ce contrat est assuré par Macif-Mutualité - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : Carré Haussmann - 22-28 rue Joubert - 75435 Paris cedex 9. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Tailbout - 75436 Paris cedex 9.

Les prestations d'assistance sont assurées par IMA Assurances - Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des assurances. SIREN 481 511 632 RCS Niort. Siège social : 118 avenue de Paris - 79000 Niort.