

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par MACD SIREN n°784 117 52

macd

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 ?

Ce produit d'assurance complémentaire est destiné à rembourser tout ou partie des dépenses de santé restant à la charge des assurés relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire français en cas de maladie, de maternité ou d'accident. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et du 100% santé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées.

Certaines sommes peuvent rester à votre charge.

Garanties prévues :

- ✓ Hospitalisation médicale et chirurgicale : soins et honoraires hospitaliers, forfait journalier, chambre particulière, frais de séjour, participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieur à 120€, transport.
- ✓ Soins médicaux : visites et consultations médecins généralistes ou spécialistes, analyses médicales, auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, ...), transport.
- ✓ Pharmacie : médicaments remboursés par la sécurité sociale, pilule et vaccin contre la grippe.
- ✓ Dentaire : Soins, prothèses dentaires, implants, orthodontie.
- ✓ Optique : lunettes (monture et verres tous les 2 ans, sauf changement de correction), lentilles et opération de la myopie.
- ✓ Appareillage : aides auditives (tous les 4 ans), petits appareillages divers
- ✓ Allocations naissance et obsèques

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Tiers payant
- ✓ 100% santé
- ✓ L'assistance à la personne



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et les frais réalisés avant la prise d'effet des garanties ou postérieurs à la date de résiliation du contrat.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire et non prévus dans le tableau de garantie.
- ✗ Les cures de rajeunissement, les soins traitements et opérations esthétiques non justifiés médicalement et leurs conséquences.
- ✗ 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 ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports médicaux.
- ! La participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et les actes médicaux, examen 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Chambres particulières : remboursement limité à 30 jours par année civile.
- ! Médecines douces : remboursement limité à 4 séances par année civile.
- ! Optique : remboursement limité à un équipement tous les deux ans sauf évolution de la vue et enfant de moins de 16 ans.
- ! Aides auditives : remboursement limité à 2 appareils 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, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, l'adhérent doit :

A la souscription :

- Être âgé de plus de 16 ans et avoir la capacité de contracter
- Être affilié à un régime obligatoire français d'assurance maladie
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion et le signer
- Fournir tous documents justificatifs demandés à l'adhésion
- Attester que la Mutuelle vous a bien conseillé sur la garantie en fonction de vos besoins, et que vous adhérez en toute connaissance de cause.

En cours de 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 la mutuelle dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de l'Assurance Maladie ou de la date de facturation
- Signaler tout changement de situation (Régime d'assurance maladie, adresse, ...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- ✓ La cotisation est annuelle et payable d'avance.
 - ✓ Le paiement de la cotisation est exigible dans les 5 jours de son échéance.
 - ✓ Les cotisations peuvent être réglées par chèque ou par prélèvement bancaire automatique.
 - ✓ La cotisation peut être fractionnée au semestre, au trimestre ou au mois (uniquement pour les prélèvements).
- Aucuns frais de fractionnement ne sont appliqués.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet au premier jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion nous est transmis avant le 15 du mois ou au premier jour du mois suivant si le dossier nous parvient après le 15 du mois ou à toute autre date ultérieure à la date de signature du contrat souhaité par l'adhérent.

L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la prise d'effet du contrat.

La couverture santé est effective au premier jour de l'adhésion, il n'y a pas de délai de carence.

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 (Complémentaire Santé Solidaire, Contrat groupe obligatoire - ANI)



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Le contrat peut être résilié, après une adhésion d'au minimum 12 mois :

- A l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours
- Dans un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi du nouvel avis d'échéance.
- Dans un délai d'un mois à réception de la notification par le membre participant.

La résiliation peut se faire par lettre ou tout support durable, par déclaration faite au siège social, par acte extrajudiciaire ou par mail.