

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

MACSF Assurances et MACSF Prévoyance - Entreprises d'assurances immatriculées en France et régies par le Code des assurances - N° SIREN 775 665 631 et N° SIREN 784 702 375

Produit : MACSF Santé Responsable

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques. L'information complète sur ce produit se trouve 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 produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser 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, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Une somme peut rester à votre charge.



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 figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux et paramédicaux, médicaments, analyses et examens de laboratoires, transport remboursé par le régime obligatoire, matériel médical, fauteuil roulant
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, frais salle d'opération, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport du malade, chambre particulière
- ✓ **Dentaire** : soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention, panier 100% santé, panier d'actes à reste à charge maîtrisé, panier d'actes à tarifs libres, orthodontie remboursée par le régime obligatoire
- ✓ **Optique** : panier 100% santé, panier « tarifs libres », lentilles remboursées par le régime obligatoire
- ✓ **Aides auditives** : panier 100% santé et panier "tarifs libres"
- ✓ **Prévention** : sevrage tabagique, vaccins et traitements anti-paludéens
- ✓ **Prime de naissance ou adoption**
- ✓ **Décès toutes causes**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Lit d'accompagnement
- Hospitalisation à domicile
- Etablissements médicaux-sociaux
- Garantie confort hospitalisation
- Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire
- Implantologie
- Lentilles non remboursées par le régime obligatoire
- Chirurgie réfractive
- Prévention : actes de prévention remboursés par le régime obligatoire, Forfait contraception, consultations et diagnostic en diététique, dépistage cancer colorectal
- Cures thermales acceptées par le régime obligatoire

L'ASSISTANCE OPTIONNELLE

- Aide aux actes de la vie courante
- Aide-ménagère en cas d'hospitalisation
- Garde des enfants
- Aide psychologique
- Services aux personnes assurées aidant un proche en perte d'autonomie

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les soins effectués pendant les délais d'attente
- ✗ Les frais de cure de rajeunissement, de thalassothérapie et d'amaigrissement
- ✗ Les traitements esthétiques et les traitements de psychanalyse
- ✗ Les frais de transport et d'hébergement en cas de cure thermale sans hospitalisation
- ✗ Les frais de transport en cas de cure thermale avec hospitalisation
- ✗ Les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne ou en maison de retraite
- ✗ Le dépassement des frais de transport si ces frais sont couverts par la sécurité sociale à un taux de 100% sur la base d'un forfait
- ✗ Les cures de désintoxication



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Prime Maternité** : délai d'attente incompressible de dix mois
- ! **Chambre particulière** : remboursement limité à 90 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en neuropsychiatrie
- ! **Lit d'accompagnement par jour (enfant de - de 16 ans)** : maximum de 30 jours par hospitalisation
- ! **Etablissements médicaux-sociaux** : maximum 30 jours par an et par bénéficiaire
- ! **Optique optionnelle** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an en cas d'évolution de la correction visuelle et pour les enfants de - de 16 ans. Tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
- ! **Implantologie** : délai d'attente incompressible de dix mois
- ! **Aides auditives** : prise en charge tous les 4 ans, par oreille et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Couverture automatique en France Métropolitaine
- ✓ Couverture automatique à l'étranger et dans les Collectivités d'Outre-Mer pour les séjours de moins de 3 mois consécutifs
- ✓ Couverture avec demande d'accord de l'assureur à l'étranger et dans les Collectivités d'Outre-Mer pour les séjours de plus de 3 mois
- ✓ 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
- ✓ Le règlement des prestations est toujours effectué en euros et sur le territoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

• A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

• En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - changement de profession,
 - modification des conditions d'exercice de la profession,
 - cessation d'activité professionnelle avant l'âge de la retraite,
 - changement de régime social d'un ou des assurés,
 - divorce.
- Souscription de garanties de même nature auprès d'un autre assureur

• En cas de sinistre

- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque, prélèvement automatique ou carte bancaire pour les contrats souscrits en ligne.



Quand commence la couverture et quand prend-t-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée dans les conditions particulières. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat, par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social de l'assureur ou chez un de ses représentants, acte extrajudiciaire, ou lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication :

- Au 31 décembre de chaque année avec un préavis d'un mois ;
- A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. Cette résiliation peut être réalisée par le nouvel assureur à votre demande ;
- Dans le cas où l'assureur a résilié après sinistre un autre contrat ;
- En cas de disparition du risque par suite d'un changement de situation matrimoniale, familiale ou professionnelle.