

Complémentaire santé Hôtels, Cafés, Restaurants

CONDITIONS GÉNÉRALES

en vigueur au 01/12/2023

Contrat collectif à adhésion obligatoire

PRÉAMBULE	03
DÉFINITIONS	03
I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	04
1 - Objet du contrat	04
2 - Durée et résiliation du contrat	04
3 - Personnel garanti	04
4 - Ayants droit	04
5 - Déclarations	05
6 - Montant de la cotisation	05
7 - Paiement de la cotisation	06
8 - Non paiement de la cotisation	06
9 - Subrogation	07
10 - Prescription	07
11 - Révision du contrat	07
12 - Protection des données personnelles	07
13 - Autorité de contrôle	07
14 - Réclamations	08
15 - Médiation	08
16 - Déchéance des garanties en cas de fraude	08
17 - Information du participant	08
18 - Rapport annuel	08
II - DÉFINITION DES GARANTIES	09
19 - Objet de la garantie	09
20 - Description des garanties	09
21 - Étendue de la garantie	12
22 - Exclusions de garanties	13
III - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	18
23 - Pièces justificatives	18
24 - Tiers payant	18
25 - Services et réseau de soins	18
26 - Prise en charge hospitalière	18
IV - ANNEXE : MAINTIEN DES GARANTIES	19
27 - Maintien d'assurance en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération	19
28 - Maintien d'assurance dans le cadre du dispositif dit de "portabilité"	19
29 - Maintien de la couverture dans le cadre de la Loi Evin	20
V - LEXIQUE	21

» PRÉAMBULE

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion obligatoire conclu entre l'entreprise souscriptrice désignée aux conditions particulières d'une part, et Apivia Macif Mutuelle d'autre part.

Les dispositions contractuelles comprennent les conditions générales du contrat collectif à adhésion obligatoire ainsi que les conditions particulières propres à l'entreprise souscriptrice.

Ce contrat est régi par le Code de la mutualité.

La langue utilisée est le français et le contrat est soumis à la loi française.

» DÉFINITIONS

Les définitions ci-dessous visent à faciliter la compréhension de l'offre. Un lexique est à votre disposition en fin de document pour une parfaite compréhension des termes techniques.

A

Assuré

Personne physique nommément désignée dans le bulletin d'affiliation ou d'adhésion sur qui reposent les garanties.

E

Entreprise souscriptrice

Entreprise ayant souscrit le contrat collectif à adhésion obligatoire au profit de ses salariés.

O

Options facultatives

Ce terme désigne les options souscrites par l'entreprise auprès d'Apivia Macif Mutuelle dans le cadre du contrat obligatoire et ayant pour objet de proposer au participant des garanties complémentaires tant pour lui-même que pour ses éventuels ayants droit. Ces garanties s'ajoutent à celle du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise.

P

Participant

Salarié défini aux conditions particulières obligatoirement affilié au contrat collectif obligatoire.

R

Régime souscrit à titre obligatoire

Ce terme désigne le contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise auprès d'Apivia Macif Mutuelle et ayant pour objet d'accorder aux participants des prestations complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation et le remboursement de certains frais médicaux, expressément prévus dans le tableau de garanties, n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

➤ I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise au profit de ses salariés ou d'une catégorie objective définie aux conditions particulières.

Le contrat a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale pour les membres du personnel, ainsi que le remboursement de certains frais médicaux, expressément prévus dans le tableau de garanties, n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Le contrat permet également de bénéficier de garanties d'assistance.

Les dispositions contractuelles comprennent les Conditions particulières propres à l'entreprise souscriptrice et les Conditions générales qui fixent le cadre général d'assurance.

Tout salarié membre du personnel affilié à l'assurance est dénommé ci-après "participant".

Chaque participant doit compléter et signer un bulletin d'affiliation afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat.

Date d'affiliation

L'affiliation du participant prend effet dès la date d'appartenance au groupe assuré mentionnée aux conditions particulières, et au plus tôt, à la date d'effet du contrat, sauf mise en jeu d'une dispense d'affiliation.

L'affiliation prend effet à la date mentionnée au bulletin d'affiliation, en cas d'affiliation faisant suite à la mise en jeu d'une dispense d'affiliation.

Cessation de l'assurance du participant

L'assurance cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin l'appartenance au groupe assuré ou, en cas de maintien des droits au titre du dispositif de portabilité, à la date à laquelle prend fin la période de portabilité. En tout état de cause, l'assurance cesse en cas de résiliation du présent contrat.

2 - DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation notifiée par l'une ou l'autre des parties.

En effet, le contrat peut être résilié deux mois avant cette date soit par l'entreprise souscriptrice, soit par Apivia Macif Mutuelle. La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit.

L'entreprise souscriptrice peut également résilier le contrat à tout moment, sans frais ni pénalités, à l'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.

Dans tous les cas, la demande de résiliation doit être faite :

- par courrier postal à l'adresse **Macif - 79017 Niort cedex** ;
- par courrier électronique à l'adresse : **santecollective@macif.fr**
- par déclaration au siège social d'Apivia Macif Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire.

La mutuelle confirmera par écrit à l'entreprise souscriptrice avoir reçu sa demande de résiliation.

3 - PERSONNEL GARANTI

Conditions d'affiliation

Sont affiliés au titre du présent contrat, les salariés appartenant à la catégorie mentionnée aux conditions particulières.

4 - AYANTS DROIT

Affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants droit du participant, tels que défini ci-après, est obligatoire ou facultative selon la structure de cotisation :

- si la structure de cotisation retenue est une cotisation UNIFORME, l'affiliation des ayants droit est obligatoire ;
- si la structure de cotisation retenue est une cotisation SALARIÉ, l'affiliation des ayants droit est facultative.

Chaque participant peut couvrir ses ayants droit à titre facultatif, dans les conditions prévues ci-dessous en complétant le bulletin d'affiliation.

Définition

Sont considérés comme ayants droit du participant :

- les enfants considérés par la Sécurité sociale comme étant à sa charge ;
- le conjoint assuré social (ou la personne, assurée sociale, qui vit maritalement avec le participant ou qui est lié à lui par un pacte civil de solidarité) et les enfants considérés par la Sécurité sociale comme étant à la charge de celui-ci ;
- les enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans et étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris dans le cadre d'une formation en alternance : contrat d'apprentissage, contrat de qualification...), sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée.

rée pendant plus de trois mois dans l'année ou, que la rémunération versée par l'employeur ou l'école ne dépasse pas 60 % du SMIC ;

- les enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans, à la recherche d'un premier emploi et inscrits en tant que tel auprès de Pôle Emploi ;
- les enfants assurés sociaux sans limite d'âge lorsqu'ils perçoivent l'une des allocations pour personnes handicapées.

Date d'admission à l'assurance des ayants droit

L'admission à l'assurance des ayants droit prend effet à la date d'effet de l'affiliation du participant, si la demande a lieu en même temps que l'affiliation du participant.

Lorsque la demande est postérieure à l'affiliation du participant et qu'elle fait suite à un mariage, la conclusion d'un PACS, un concubinage, la naissance ou l'adoption d'un enfant, l'admission à l'assurance a lieu, pour l'ayant droit concerné, dès la date de l'événement en question si la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent cet événement.

Dans tous les autres cas, l'admission à l'assurance a lieu au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande.

Cessation de l'assurance des ayants droit

La qualité d'ayant droit se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année au titre de laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions pour être considérés comme tels.

Lorsque l'affiliation des ayants droit est facultative, le participant peut demander la radiation de l'assurance de tout ou partie de ses ayants droit. Celle-ci est alors définitive. La garantie prend fin le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande.

En tout état de cause, les ayants droit cessent de bénéficier des garanties le jour où le participant n'en bénéficie plus.

En cas de cessation de l'assurance, le participant ou l'ayant droit doit restituer sa carte de tiers payant au centre de gestion.

- **pour les ayants droit du participant**, lorsqu'ils sont eux-mêmes assurés sociaux : la copie de l'attestation d'assuré social qui accompagne la Carte Vitale et, selon le cas :
 - pour un conjoint : la copie du livret de famille ;
 - pour un partenaire de PACS : la copie dudit PACS ;
 - pour des personnes vivant maritalement (concubinage) : l'attestation sur l'honneur de vie commune ;
 - pour des enfants : le justificatif de scolarité et le cas échéant, l'attestation d'inscription à Pôle Emploi ou la copie du contrat ouvrant droit au statut d'ayant droit conformément à l'article 4 du présent contrat ;
 - pour des enfants handicapés : le justificatif de la perception de l'allocation pour personne handicapée ;
 - pour un ayant droit non encore scolarisé : la copie du livret de famille.

Les pièces exigées ci-dessus pour les enfants assurés sociaux sont à renouveler annuellement.

Apivia Macif Mutuelle se réserve le droit de demander au participant, à tout moment, de lui adresser les justificatifs de la qualité d'ayant droit des personnes couvertes par son adhésion.

Modification de la situation d'un participant ou ayant droit

Toute modification de la situation d'un participant doit faire l'objet d'une information immédiate de la part de celui-ci à Apivia Macif Mutuelle et de la fourniture des documents adéquats tels que susvisés.

S'agissant de l'ajout d'un ayant droit nouveau-né ou d'un enfant adopté, la copie de la page correspondante du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance doit être transmis.

Sortie de l'assurance

Toute sortie de l'assurance d'un participant (démission, licenciement, décès...) doit faire l'objet d'une information par l'entreprise souscriptrice à Apivia Macif Mutuelle dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN). Toute sortie de l'assurance d'un ayant droit doit faire l'objet d'une information immédiate à Apivia Macif Mutuelle.

À défaut, Apivia Macif Mutuelle se retournera contre le participant pour récupérer toutes les prestations induitement perçues.

5 - DÉCLARATIONS

Entrée dans l'assurance

L'entreprise souscriptrice doit fournir à Apivia Macif Mutuelle, pour chaque participant entré dans l'assurance, le bulletin d'affiliation dûment complété et signé par le participant et l'entreprise souscriptrice. Ce bulletin doit être accompagné des documents suivants :

- **pour le participant** : la copie de l'attestation d'assuré social qui accompagne la Carte Vitale ainsi qu'un relevé d'identité bancaire ;

6 - MONTANT DE LA COTISATION

Montant

La cotisation mensuelle est fixée aux conditions particulières.

La cotisation mensuelle des ayants droit affiliés à titre facultatif est mentionnée au bulletin d'affiliation. Elle est à la charge exclusive du participant.

La cotisation est exprimée en euros.

Indexation et révision de la cotisation

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification sera revue en cas de changement de ces textes.

La cotisation est indexée chaque année, au 1^{er} janvier. Elle pourra évoluer, le cas échéant, en fonction des résultats constatés et des perspectives d'évolution de la sinistralité du produit.

L'indexation ainsi définie est communiquée à l'entreprise souscriptrice et au participant.

Païement par le participant de la cotisation des ayants droit couverts à titre facultatif

En cas de couverture facultative des ayants droit, la cotisation correspondante est exclusivement à la charge du participant. Celui-ci définit les modalités de règlement dans le bulletin d'affiliation. Le règlement peut se faire par mandat de prélèvement SEPA (mensuel, trimestriel ou annuel), ou à défaut, par chèque (paiement annuel uniquement). Les cotisations sont payables d'avance par le participant.

7 - PAIEMENT DE LA COTISATION

Païement de la cotisation par l'entreprise

L'entreprise a le choix entre un paiement mensuel ou trimestriel de la cotisation. La cotisation peut être payée par télépaiement via Déclaration Sociale Nominative (DSN) ou mandat de prélèvement SEPA, ou à défaut, par chèque (paiement trimestriel uniquement). L'entreprise peut également opter pour le dispositif TESE (Titre Emploi Service Entreprise). Ce choix est mentionné dans les conditions particulières. La cotisation est payable à terme échu.

Elle doit être payée dans les 10 jours suivant l'échéance de cotisation. Les moyens de paiement sont établis par l'entreprise souscriptrice, seule responsable du paiement de la totalité des cotisations du contrat obligatoire, y compris la part salariale précomptée sur le salaire du participant.

Maintien d'assurance en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération

Les garanties sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et, le cas échéant, de leurs ayants droit pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

La cotisation continue d'être due par l'entreprise. L'assiette de cotisations et de prestations est celle prévue pour le personnel en activité pour les risques couverts.

8 - NON PAIEMENT DE LA COTISATION

Non paiement de la cotisation par l'entreprise

À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'entreprise souscriptrice et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'entreprise souscriptrice.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise souscriptrice, Apivia Macif Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'entreprise souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'entreprise souscriptrice pour le paiement des cotisations

Apivia Macif Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à Apivia Macif Mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de l'entreprise souscriptrice. En cas de résiliation du contrat d'assurance en application des dispositions du Code de commerce, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel Apivia Macif Mutuelle ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Non paiement par le participant de la cotisation des ayants droit couverts à titre facultatif

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation par le participant dans les dix jours de son

échéance, et indépendamment du droit pour Apivia Macif Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, Apivia Macif Mutuelle adresse au participant, à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'affiliation de ses ayants droit sera résiliée 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

9 - SUBROGATION

Apivia Macif Mutuelle est subrogée dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit contre le tiers responsable. Apivia Macif Mutuelle peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

10 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations mentionnées aux présentes conditions générales est prescrite dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Apivia Macif Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, de l'ayant droit contre Apivia Macif Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée) ;
- la désignation d'un expert ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par Apivia Macif Mutuelle à l'entreprise souscriptrice et ayant pour objet le paiement de la cotisation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, par le participant ou l'ayant droit à Apivia Macif Mutuelle et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

11 - RÉVISION DU CONTRAT

Lorsqu'une disposition législative, réglementaire ou conventionnelle vient à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements d'Apivia Macif Mutuelle, cette dernière procède, à la révision des conditions de l'assurance.

12 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Les données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données pourront également être traitées dans le cadre des activités de prospection et gestion commerciales d'Apivia Macif Mutuelle et des entités de son groupe (Aéma Groupe). Les personnes concernées disposent de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès. Le cas échéant, les personnes concernées peuvent retirer leur consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons également que tout consommateur peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Les personnes concernées peuvent s'opposer à la prospection commerciale, exercer leurs autres droits et adresser toute demande d'information concernant les données personnelles sur le site <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles> depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à Macif, Direction Générale - Protection des Données Personnelles, 1 rue Jacques Vandier, 79000 Niort ou directement auprès du distributeur de leur contrat.

Les personnes concernées ont également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection des données et notamment les destinataires sont accessibles dans la rubrique données personnelles sur notre site :

<https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.

13 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Apivia Macif Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

14 - RÉCLAMATIONS

Vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre interlocuteur privilégié. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation écrite au Service Qualité à l'adresse suivante : TSA 27270 - 79060 Niort cedex ; ou via le site internet de votre distributeur.

Nous accuserons réception de votre réclamation et y répondrons, dans les meilleurs délais et dans un délai maximum de 2 mois, conformément aux délais réglementaires en vigueur.

15 - MÉDIATION

Si votre mécontentement persiste après épuisement de la procédure interne de réclamation ou à l'issue du délai réglementaire de deux mois, vous pouvez alors saisir la Médiation de l'assurance, par courrier à l'adresse : TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 ; ou par internet sur : www.mediation-assurance.org.

Votre saisine de la Médiation doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite auprès de nos services.

16 - DÉCHÉANCE DES GARANTIES EN CAS DE FRAUDE

Toute réticence à une expertise médicale ou toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat font perdre tout droit à prestations pour la (ou les) garantie(s) concernée(s). Apivia Macif Mutuelle sera alors en droit de réclamer le remboursement des prestations versées à tort.

17 - INFORMATION DU PARTICIPANT

L'entreprise souscriptrice est tenue de remettre à chaque participant la notice d'information visée à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, établie par Apivia Macif Mutuelle et d'informer les participants des éventuelles modifications apportées à leurs droits et obligations.

L'entreprise souscriptrice s'engage également à remettre à chaque participant une copie des statuts d'Apivia Macif Mutuelle et le document d'information sur le produit d'assurance (DIPA).

La preuve de la remise au participant de la notice d'information, des statuts, du document d'information sur le produit d'assurance (DIPA) et de l'information relative aux éventuelles modifications incombe à l'entreprise souscriptrice.

18 - RAPPORT ANNUEL

Apivia Macif Mutuelle remet chaque année à l'entreprise souscriptrice un rapport sur les comptes de l'exercice précédent, en respectant les termes de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin et son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990.

Ce rapport comporte en outre une information relative au ratio entre le montant des prestations versées par la mutuelle et le montant des cotisations perçues hors taxes, au ratio entre le montant des frais de gestion et le montant des cotisations perçues hors taxes ainsi qu'une information sur la composition des frais de gestion, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

II - DÉFINITION DES GARANTIES

Les garanties sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du contrat. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Le contrat respecte les conditions du cahier des charges des contrats responsables définies aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale qui a notamment été modifié par la réforme dite "100 % Santé".

Le dispositif dit "100 % Santé" a pour objectif de proposer un ensemble de prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires remboursées intégralement par le Régime obligatoire et les organismes de complémentaire santé proposant une offre répondant au cahier des charges du contrat responsable.

Assistance

Le participant et ses éventuels ayants droit bénéficient de garanties d'assistance, assurées par IMA Assurances et définies dans le livret d'assistance. Le livret d'assistance constitue une annexe à la notice d'information avec laquelle il forme un tout indivisible. Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances, société anonyme au capital de 157 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Niort 481 511 632, siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.

19 - OBJET DE LA GARANTIE

Nature des soins

Les frais de santé pris en charge au titre du présent contrat sont ceux ayant fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale. Toutefois, certains frais de santé n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale peuvent ouvrir droit à remboursement, sur mention expresse figurant au tableau de garanties.

Quelle que soit la date d'apparition de la maladie ou de l'accident, les frais engagés doivent correspondre à des soins reçus, postérieurement à la date d'effet du contrat et à l'affiliation du participant ou de l'ayant droit, et en tout état de cause avant la date de cessation de l'assurance.

Lieux des soins

Le contrat intervient pour les soins effectués en France (départements et régions d'outre-mer inclus).

Il intervient également pour les soins effectués dans le monde entier, selon les garanties prévues à la formule de prestations souscrite, sous réserve qu'ils soient pris en charge par la Sécurité sociale française.

Bases de remboursement

Les bases de remboursement sont fixées dans la formule de prestations présentée aux conditions particulières.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi dite Evin du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant ou de l'ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

20 - DESCRIPTION DES GARANTIES

Hospitalisation

La prise en charge des dépassements d'honoraires chirurgicaux et médicaux diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non.

Cette garantie couvre également la totalité de la participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €.

Le forfait prévu pour la chambre particulière ne s'applique pas à la maternité.

Soins courants

La prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux, d'imagerie médicale, de radiologie et d'échographie diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non.

Lorsque les remboursements sont exprimés en euros, le forfait garanti est annuel (par année civile).

Le forfait prévu "Ostéopathie, Chiropractie, Étiopathie, Acupuncture, Pédicurie, Podologie" est **un forfait unique annuel pour l'ensemble des spécialités mentionnées.**

Dentaire

Les équipements dentaires sont répartis en 3 catégories :

- **les prothèses 100 % Santé** où les praticiens sont contraints à des honoraires limites de facturation et où la prise en charge cumulée de ces honoraires par le Régime obligatoire et la mutuelle aboutissent à un **reste à charge zéro** pour l'assuré. Dans cette catégorie, la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (aspect dents blanches pour les dents du sourire et aspect métal pour les dents du fond) ;

- **les prothèses à tarifs maîtrisés** où les praticiens sont également contraints à des honoraires limités de facturation. Cette catégorie inclut les prothèses plus techniques (aspect dents blanches sur les dents du fond par exemple) ;
- **les prothèses à tarifs libres** où les honoraires sont convenus librement entre le praticien et l'assuré. Cette catégorie inclut notamment les prothèses proposant des technologies les plus avancées (les prothèses amovibles sur implant et certains bridges, par exemple).

Cette garantie couvre les équipements et soins dentaires décrits ci-après.

LES PROTHÈSES 100 % SANTÉ



Conformément à la réglementation, la catégorie **des actes prothétiques 100 % Santé** propose un large choix de prothèses fixes ou mobiles :

- couronnes céramiques monolithiques (autre que zircons) et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{er} prémolaire) ;
- couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives, canines et prémolaires) ;
- couronnes métalliques toute localisation ;
- Inlay-core et couronnes transitoires liées aux couronnes définitives du panier 100 % Santé ;
- bridges céramo-métalliques (incisives) ;
- bridges métalliques toute localisation ;
- prothèses amovibles à base résine.

Lorsque l'acte prothétique entre dans la catégorie 100 % Santé, nous prenons en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré, dans la limite des honoraires de facturation fixés réglementairement et déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

LES SOINS DENTAIRES (HORS INLAY ET ONLAY)

LES INLAY ET ONLAY REMBOURSES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE

LES PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSEES OU NON PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Cette catégorie concerne les actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres, détaillés succinctement ci-avant.

Pour les prothèses à tarifs maîtrisés, **notre prise en charge ne pourra être supérieure aux honoraires limités de facturation auxquels est soumis le praticien.**

L'ORTHODONTIE REMBOURSEE OU NON PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

L'IMPLANTOLOGIE

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

LIMITES DE GARANTIE DENTAIRE

L'orthodontie non remboursée et les implants dentaires sont pris en charge au titre du contrat sous réserve d'être inscrits à la nomenclature de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

Optique

Les équipements optiques sont répartis en 2 catégories :

- **les équipements de classe A** (verres ou montures) correspondant aux produits de l'offre 100 % Santé, dont les prix de vente sont plafonnés et où la prise en charge cumulée de l'équipement par le Régime obligatoire et la mutuelle aboutissent à un **reste à charge zéro** pour l'assuré ;
- **les équipements de classe B** (verres ou montures) correspondant aux autres produits dont les prix de vente sont libres.

La mutuelle prend en charge les équipements optiques décrits ci-après.

LES ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ (MONTURE ET VERRES)



Conformément à la réglementation, la catégorie des équipements 100 % Santé (dits de classe A) propose un choix de :

- montures respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes et 10 modèles différents de montures enfants "100 % Santé", en 2 coloris différents ;
- verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;
- amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100 % Santé (classe A), nous prenons en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des montures et des verres (de classe A) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

Lorsque l'équipement 100 % Santé comporte deux verres différents (indice de réfraction différent ou type de verres différents), la prestation d'appariement est intégralement prise en charge à hauteur du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

LE FORFAIT VERRES ET MONTURE

Cette catégorie concerne les équipements de classe B détaillés succinctement ci-avant.

Pour ces équipements Optique (monture et verres), notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties et couvre systématiquement le ticket modérateur.

LIMITE DES GARANTIES OPTIQUE

Un équipement est constitué d'une monture et de deux verres.

Pour toutes les formules, le nombre d'équipement (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces cas, le nombre d'équipement est limité à 1 tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période de seulement 6 mois mais uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans tous les cas, le point de départ de la période est la date de l'équipement (ou du dernier élément constituant l'équipement complet).

Néanmoins, en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

LES LENTILLES PRISES EN CHARGE OU NON PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties. Le forfait garanti est annuel (par année civile).

LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties. Le forfait garanti est annuel (par année civile) et global.

PRESTATION D'ADAPTION DES VERRES PAR L'OPTICIEN

Aides auditives

Les équipements auditifs sont répartis en 2 catégories :

- **les aides auditives de classe I** correspondant aux produits dits 100 % Santé, dont les prix de vente sont plafonnés et où la prise en charge cumulée de l'équipement par le Régime obligatoire et la mutuelle aboutissent à un **reste à charge zéro** pour l'assuré ;

- **les aides auditives de classe II** correspondant aux autres produits dont les prix de vente sont libres.

La mutuelle prend en charge les aides auditives décrites ci-après.

LES ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ



Conformément à la réglementation, la catégorie des aides auditives 100 % Santé (dites de classe I) propose :

- tous les types d'aides auditives : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire ;
- au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ;
- 4 ans de garantie ;
- au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), nous prenons en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des aides auditives (de classe I) fixés par la LPP, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

LES PROTHÈSES AUDITIVES REMBOURSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Les aides auditives remboursées par le Régime obligatoire sont prises en charge dans les conditions définies au tableau de garanties.

Cette catégorie concerne les aides auditives de classe II, détaillées succinctement ci-avant. À partir de cette même date, pour toutes les formules, et conformément au cahier des charges du contrat responsable, **notre prise en charge ne peut pas dépasser la somme de 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime obligatoire.**

ACCESSOIRES ET FOURNITURES

LIMITE DES GARANTIES AIDES AUDITIVES

Le cahier des charges du contrat responsable limite le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.

Pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le Régime obligatoire.

Cures thermales

Le remboursement des frais de cures thermales est soumis au remboursement des honoraires de médecine thermique par le Régime obligatoire.

Maternité

ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION

Apivia Macif Mutuelle verse le forfait mentionné au tableau de garanties en cas de naissance d'un enfant de l'assuré ou d'adoption par l'assuré d'un enfant mineur.

En cas de naissances multiples, un forfait est versé pour chaque enfant.

CHAMBRE PARTICULIÈRE

La garantie est accordée pour une **durée maximale de 8 jours**.

Autres remboursements

FRAIS DE TRANSPORT REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

MOYENS DE CONTRACEPTION PRESCRITS NON REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Cette formule vaut tant pour lui-même que pour ses éventuels ayants droit dès lors que la garantie leur est étendue.

Les garanties de l'option interviennent sous déduction des garanties déjà accordées dans le cadre du régime de base mis en place par l'employeur et sous déduction des remboursements du régime de Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Prise d'effet modification et cessation des garanties

La prise d'effet de l'option pour le participant et ses éventuels ayants droit est mentionnée sur le bulletin d'affiliation et a lieu au plus tôt :

- dès l'admission à l'assurance, lorsque la demande est concomitante ;
- dès la date de modification de la situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant), lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ;
- dans tous les autres cas, au premier jour du mois qui suit la réception de la demande.

Le participant peut demander la modification de son option à la hausse ou à la baisse sous réserve qu'il bénéficie de sa formule de prestations depuis plus de 12 mois.

Le participant peut à tout moment mettre fin à son option facultative. Le renoncement à l'option est alors définitif, sauf dans le cas d'une modification de la situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS et naissance ou adoption exclusivement) si la demande de retour à l'option est reçue dans les trente jours qui la suivent. L'option prend fin le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande.

Le participant et ses éventuels ayants droit demeurent affiliés au régime de base de l'entreprise.

L'option est également résiliée :

- en cas de résiliation par l'entreprise souscriptrice du présent contrat collectif ;
- à la fin du mois au cours duquel le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel visée par les conditions particulières du contrat collectif ;
- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions définies dans le présent document.

Paiement - Non paiement de l'option

La cotisation est payable mensuellement d'avance. Le participant définit les modalités de règlement lors de la souscription.

Le règlement de la cotisation peut se faire par prélèvement, ou à défaut, par chèque.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment du droit de l'organisme

21 - ÉTENDUE DE LA GARANTIE

Formules de garanties au choix de l'entreprise

L'entreprise souscriptrice a le choix entre quatre formules de garanties :

- HCR1
- HCR2
- HCR3
- HCR4

La formule retenue est fixée aux conditions particulières. Elle s'applique aux participants ainsi qu'à ses éventuels ayants droit, le cas échéant.

L'entreprise souscriptrice peut ultérieurement demander à changer de formules de garanties. La modification prend alors effet au plus tôt le 1^{er} jour du trimestre qui suit la demande si la formule nouvellement retenue présente un niveau supérieur à celle initialement choisie ou au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande pour toute formule de garanties d'un niveau inférieur.

Options facultatives au choix des salariés

Lorsque l'entreprise souscriptrice a choisi l'une des 3 formules suivantes : **HCR1**, **HCR2** ou **HCR3**, le participant peut alors améliorer ses garanties en adhérant à l'une des options.

assureur de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, Apivia Macif Mutuelle adresse au participant une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que les garanties de l'option souscrite seront résiliées 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

22 - EXCLUSIONS DE GARANTIES

En application des articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale définissant le "contrat responsable", le contrat ne prend pas en charge :

- les participations forfaitaires mentionnées au II de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;

- **la majoration de la participation appliquée par le Régime obligatoire à l'assuré (ticket modérateur) lorsqu'il ne respecte pas le parcours de soins coordonnés. Cette majoration peut être appliquée par le Régime obligatoire dans les cas suivants :**

- il n'a pas choisi son médecin traitant (article L.162-5-3 alinéa 5 du Code de la sécurité sociale) ;
- il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L 162-5-3 alinéa 5 du Code de la sécurité sociale).

- tous les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.

Sont également exclus :

- tous les actes non pris en charge par le Régime obligatoire sauf mentions prévues dans la formule de prestations choisie ;
- les frais d'hébergement et de traitement exposés en établissement de post-cure.

Tableau de garanties

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.



Les pourcentages sont exprimés soit par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale, soit par rapport au plafond mensuel de la Sécurité sociale. Sauf indications contraires, **les garanties ci-dessous n'intègrent pas les prestations versées par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale.**

Les forfaits s'entendent par assuré. Lorsque le forfait est annuel, la référence est l'année civile.

PRESTATIONS	HCR1	HCR2	HCR3	HCR4
HOSPITALISATION				
Frais de séjour				
● établissements conventionnés	250 % BR	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
● établissements non conventionnés	250 % BR	400 % BR	400 % BR	400 % BR
Honoraires chirurgicaux				
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 400 % BR	TM + 400 % BR	TM + 400 % BR	TM + 400 % BR
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Forfait patient urgences	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Chambre particulière (hors maternité)				
● de nuit	50 €/jour	50 €/jour	70 €/jour	105 €/jour
● de jour	50 €/jour	50 €/jour	65 €/jour	80 €/jour
Lit d'accompagnant	15 €/jour	25 €/jour	45 €/jour	65 €/jour
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (consultations, visites de généralistes et spécialistes, actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux)				
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 40 % BR	TM + 75 % BR	TM + 150 % BR	TM + 250 % BR
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM + 55 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	TM	TM + 25 % BR	TM + 75 % BR	TM + 150 % BR
Imagerie médicale, radiologie, échographie				
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM + 25 % BR	TM + 150 % BR	TM + 250 % BR
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM + 5 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Consultations de psychologues remboursées par le RO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux	TM	TM + 25 % BR	TM + 150 % BR	TM + 250 % BR
Matériel médical ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR	350 % BR
Ostéopathie / Chiropractie / Étiopathie / Acupuncture / Pédicurie / Podologie non remboursés par le RO* ⁽²⁾	300 €/an	300 €/an	300 €/an	300 €/an
Diététicien	Néant	Néant	30 €/an	45 €/an
Médicaments				
● pharmacie remboursée par le RO*	TM	TM	TM	TM
Vaccins non remboursés par le RO*	Néant	25 €/an	25 €/an	25 €/an
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale, disponible sur ameli.fr)	80 €/an	80 €/an	105 €/an	130 €/an
DENTAIRE				
Prothèses 100 % Santé ⁽³⁾ (Prestations assurées depuis le 01/01/2020)	Remboursement intégral ⁽⁴⁾	Remboursement intégral ⁽⁴⁾	Remboursement intégral ⁽⁴⁾	Remboursement intégral ⁽⁴⁾
Soins dentaires (hors Inlay et Onlay)	TM	TM	TM	TM
Inlay et Onlay remboursés par le RO* ⁽⁵⁾	200 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO* (y compris prothèse / implant) ⁽⁵⁾	300 % BR	300 % BR	375 % BR	500 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO*	322,50 € / prothèse	322,50 € / prothèse	403,13 € / prothèse	537,50 € / prothèse
Orthodontie remboursée par le RO*	166 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursée par le RO* ⁽⁶⁾	193,50 € / semestre	483,75 € / semestre	580,50 € / semestre	774 € / semestre
Implantologie (hors prothèse dentaire)	300 €/an	300 €/an	400 €/an	750 €/an



Tableau de garanties (suite)

PRESTATIONS	HCR1	HCR2	HCR3	HCR4
OPTIQUE (7) - Les forfaits en euros incluent le remboursement du RO* lorsqu'il est prévu.				
Équipements 100 % Santé (3) (monture et verres) (Prestations assurées depuis le 01/01/2020) 	Remboursement intégral (4)	Remboursement intégral (4)	Remboursement intégral (4)	Remboursement intégral (4)
Forfait par verre				
● de 0 à 6 dioptries - Uni focal	160 €	160 €	160 €	160 €
● de 0 à 6 dioptries - Multi focal	300 €	300 €	300 €	300 €
● 6,25 dioptries et plus - Uni focal	277 €	277 €	277 €	277 €
● 6,25 dioptries et plus - Multi focal	311 €	311 €	311 €	311 €
Monture	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles				
● remboursées par le RO*	273,70 €/an (minimum TM)	273,70 €/an (minimum TM)	273,70 €/an (minimum TM)	273,70 €/an (minimum TM)
● non remboursées par le RO*	250 €/an	250 €/an	250 €/an	250 €/an
Chirurgie réfractive	Néant	100 €/an	425 €/an	650 €/an
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AIDES AUDITIVES (8)				
Équipements 100 % Santé (3) (Prestations assurées depuis le 01/01/2021) 	Remboursement intégral (4)	Remboursement intégral (4)	Remboursement intégral (4)	Remboursement intégral (4)
Prothèses auditives remboursées par le RO* (8) (9)	65 % BR + 400 €/appareil	100 % BR + 400 €/appareil	100 % BR + 400 €/appareil	100 % BR + 400 €/appareil
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
CURES THERMALES				
Cures thermales remboursées par le RO*	TM	TM	TM + 100 % BR	TM + 200 % BR
MATERNITÉ				
Allocation naissance ou adoption (par enfant)	8 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	12 % PMSS
Chambre particulière (pendant 8 jours maximum)	1,5 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour	2,5 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour
AUTRES REMBOURSEMENTS				
Frais de transport remboursés par le RO*	TM	TM	TM	TM
Moyens de contraception prescrits non remboursés par le RO*	3 % PMSS / an	3 % PMSS / an	3,5 % PMSS / an	4 % PMSS / an
ASSISTANCE À DOMICILE INCLUSE DANS TOUTES LES FORMULES				

(1) Dispositifs médicaux au sens de l'article L.5211-1 du Code de la santé publique et produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

(2) Forfait global par année civile pour l'ensemble des spécialités.

(3) Tels que définis réglementairement.

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

(5) Pour les prothèses à tarifs maîtrisés, notre prise en charge ne peut être supérieure aux honoraires limites de facturation auxquels est soumis le praticien.

(6) Assuré de moins de 25 ans.

(7) 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. Les forfaits en euros incluent le remboursement du Régime obligatoire lorsqu'il est prévu.

(8) Les garanties "Prothèses auditives remboursées par le RO*" s'entendent par appareil. Pour l'ensemble des aides auditives pris 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.

(9) Pour toutes les formules et conformément au cahier des charges du contrat responsable, notre prise en charge ne peut pas dépasser la somme de 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime obligatoire.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

TM : Ticket Modérateur.

RO* : Régime Obligatoire.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* : OPTAM/OPTAM-CO.

LES GARANTIES DES NIVEAUX D'ÉQUIPEMENTS

Qu'est-ce que le 100 % Santé ?



Afin de favoriser l'accès aux soins, l'offre 100 % Santé permet un remboursement intégral de la dépense, par la Sécurité sociale et la mutuelle.

Pour cela, la prothèse dentaire, l'équipement optique ou l'équipement auditif choisi par l'assuré, doit appartenir à la catégorie 100 % Santé.

L'offre 100 % Santé s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé Responsable. Son contenu est détaillé ci-dessous de manière non exhaustive.



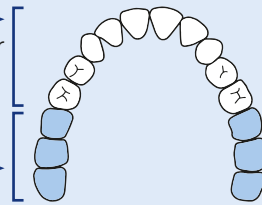
L'offre 100 % Santé est automatiquement intégrée dans les formules du contrat Complémentaire santé, Hôtels, Cafés, Restaurants. Grâce à son contrat, l'assuré n'aura donc **aucun reste à charge** sur son équipement 100 % Santé.



Le 100 % SANTÉ DENTAIRE

Les couronnes dentaires et bridges

- **Dents du sourire :**
 - couronnes aspect dents blanches pour les incisives, canines et 1^{re} prémolaire
 - bridges aspect dents blanches pour les incisives uniquement
- **Dents du fond :**
 - couronnes et bridges métalliques



Les couronnes dentaires transitoires et Inlay-core avant la pose d'une couronne 100 % Santé

Les prothèses amovibles à base résine

L'OFFRE 100 % SANTÉ NE PRÉVOIT PAS :

- Les autres couronnes et bridges (dents blanches sur dents du fond, couronnes céramo-céramiques, etc.)
- Les autres prothèses amovibles
- Les implants dentaires
- L'orthodontie



Le 100 % SANTÉ OPTIQUE

La monture - Choix parmi au moins :

- 17 montures adultes
- 10 montures enfants
- 2 coloris par monture

Les verres

- Pour toutes les corrections
- Amincis selon le trouble
- Traitements anti-reflets et anti-rayures

RENOUVELLEMENT TOUS LES 2 ANS

L'OFFRE 100 % SANTÉ NE PRÉVOIT PAS :

- Un choix illimité de montures
- Le libre choix de la marque des verres
- Les traitements supplémentaires (lumière bleue, etc.)
- Les lentilles
- La chirurgie réfractive



Le 100 % SANTÉ AUDIOLOGIE

Tous types d'appareils

- Contours d'oreilles classiques, à écouteur déporté, intra-auriculaires
- 12 canaux de réglage
- Au moins 3 options de confort d'écoute incluses

RENOUVELLEMENT TOUS LES 4 ANS

L'OFFRE 100 % SANTÉ NE PRÉVOIT PAS :

- Les appareils auditifs comportant des options spécifiques (au moins 20 canaux de réglages, par exemple)
- Les assistants d'écoute sans réglage vendus en pharmacie

L'assuré garde une liberté totale de choix dans les équipements ou les matériaux. Vous êtes libre de choisir entre les équipements proposés par l'offre 100 % Santé et les autres équipements. Les équipements choisis en dehors de l'offre 100 % Santé sont pris en charge en fonction de la formule souscrite.



100% SANTÉ

Des soins pour tous, 100% pris en charge

5 EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

↳ Équipements de l'offre 100 % Santé

	CE QUE ÇA COÛTE RÉELLEMENT	MES REMBOURSEMENTS	CE QUE ÇA ME COÛTE AU FINAL
 <h3>Couronne dentaire 100 % Santé</h3> <ul style="list-style-type: none"> Exemple pris pour une couronne dentaire céramo-métallique sur une dent du sourire 	500 €	 Votre mutuelle 416 € Sécurité sociale 84 €	0 €
<ul style="list-style-type: none"> Exemple pour un appareil dentaire amovible unimaxillaire complet 14 dents à base résine (dentier) 	1100 €	 Votre mutuelle 972,07 € Sécurité sociale 127,93 €	0 €
 <h3>Paire de lunettes 100 % Santé</h3> <p>AVEC VERRES UNIFOCAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> Exemple pour la correction la plus simple : 1 monture 30 € + 1 verre neutre + 1 verre unifocal sphère [0 à -2,00] 	82,50 €	 Votre mutuelle 67,65 € Sécurité sociale 14,85 €	0 €
<p>AVEC VERRES PROGRESSIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> Exemple pour la correction la plus complexe : 1 monture 30 € + 2 verres progressifs, sphère < -12,00 et CYL (+) > 4 	370 €	 Votre mutuelle 303,40 € Sécurité sociale 66,60 €	0 €
 <h3>Aide auditive 100 % Santé</h3> <ul style="list-style-type: none"> Exemple pris, au 1^{er} juillet 2022, pour un assuré > à 20 ans 	950 €	 Votre mutuelle 710 € Sécurité sociale 240 €	0 €

Aucun reste à charge pour l'assuré grâce au remboursement cumulé de la Sécurité sociale et de sa mutuelle

III - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

23 - PIÈCES JUSTIFICATIVES

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement sur le compte bancaire du participant :

- soit en relation directe avec le régime obligatoire par le biais de la télétransmission ;
- soit sur présentation des pièces justificatives originales suivantes :
 - **pour les soins remboursés par le Régime obligatoire de Sécurité sociale :**
 - l'original du décompte de la Sécurité sociale dans le cas où cette dernière n'aurait pu procéder à sa télétransmission au centre de gestion de la mutuelle,
 - lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul de sa prestation, l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée ;
 - **pour les soins non remboursés par le Régime obligatoire de Sécurité sociale :**
 - l'original de la prescription médicale,
 - l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée ;
 - **pour l'allocation naissance ou adoption :**
 - un extrait d'acte de naissance ou la copie de la page du livret de famille concernant le nouveau-né,
 - dans le cas d'une adoption, la copie de l'acte y afférant ;
 - **en cas de renouvellement anticipé d'un équipement optique :**
 - soit une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
 - soit l'adaptation, par l'opticien-lunetier, de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance, comme l'y autorise l'article D.4362-12-1 du Code de la santé publique ;
 - **en cas d'assurances cumulatives :** le décompte original de remboursement de l'autre organisme assureur accompagné d'une copie du décompte du Régime obligatoire ;
 - **pour les soins à l'étranger :** le décompte du Régime obligatoire de Sécurité sociale française ainsi que la facture des soins détaillée et traduite en français précisant la nature et le montant de chaque dépense engagée.

Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les 2 ans suivant la date de remboursement par le Régime obligatoire, ou la date de réception du ticket modérateur, ou la date de l'événement à indemniser, ou la date de facturation. Au-delà de ce délai, la prestation ne sera pas versée.

Nous effectuerons le règlement des prestations dans un délai de deux jours ouvrés. Ce délai débute à compter de la réception de l'ensemble des justificatifs demandés, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

24 - TIERS PAYANT

Il est remis à chaque participant une ou plusieurs carte(s) de tiers payant portant mention de ses éventuels ayants droit et des actes ou prestations pouvant se voir appliquer le tiers payant.

En application de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, le participant et ses ayants droit bénéficient du tiers payant sur les prestations prévues au titre du cahier des charges des contrats responsables, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Cette (ces) carte(s) reste(nt) la propriété d'Apivia Macif Mutuelle.

Le participant ou l'entreprise souscriptrice devra retourner à Apivia Macif Mutuelle, pour chaque salarié dont l'affiliation prend fin, la carte de tiers payant dans le délai de quinze jours suivant le départ du participant ou suivant la démission du régime de la part du participant ou de la résiliation du contrat. Les prestations indûment versées seront récupérées par tous moyens auprès des salariés concernés.

25 - SERVICES ET RÉSEAU DE SOINS

Le membre participant et ses ayants droit bénéficient de divers avantages et services permettant d'optimiser leurs dépenses de santé, et notamment l'accès à un réseau de soins partenaire.

Ces avantages et services permettent de bénéficier d'une aide pour l'analyse des devis de soins ; de plusieurs applications web et notamment d'un service de téléconsultation ; mais également de tarifs négociés auprès de nombreux professionnels de santé (opticiens, chirurgiens-dentistes, centres auditifs, diététiciens, ...). Le membre participant conserve, dans tous les cas, la liberté de choix de son professionnel de santé.

Le membre participant peut obtenir plus d'informations sur notre réseau de soins partenaire en se connectant à son Espace personnel Assurance, sur notre site www.macif.fr.

26 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, Apivia Macif Mutuelle délivre un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et normalement laissés à la charge de l'assuré, dans la limite des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, Apivia Macif Mutuelle délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, l'assuré est tenu de fournir à Apivia Macif Mutuelle les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

IV - ANNEXE : MAINTIEN DES GARANTIES

27 - MAINTIEN D'ASSURANCE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU À RÉMUNÉRATION

La couverture frais de santé est maintenue pour le participant dont le contrat de travail est suspendu sans maintien partiel ou total de salaire sous réserve qu'il manifeste expressément cette volonté auprès d'Apivia Macif Mutuelle par courrier dans le mois qui précède la suspension de son contrat de travail.

La cotisation du contrat à adhésion obligatoire est alors à la charge exclusive du participant. Il s'agit de celle prévue pour le personnel en activité.

Le maintien de l'assurance cesse notamment à la date de fin de suspension du contrat de travail et, en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat collectif.

Les salariés invalides, restant dans l'effectif et ne percevant aucune rémunération, sont intégralement exonérés de cotisations (part patronale et part salariale). Ils bénéficient alors gratuitement du maintien de la couverture santé. Toutefois, l'exonération s'applique uniquement sur la cotisation salarié seul ou son équivalent en cas de structure de cotisation Uniforme choisie par l'entreprise.

28 - MAINTIEN D'ASSURANCE DANS LE CADRE DU DISPOSITIF DIT DE "PORTABILITÉ"

L'article L911-8 du Code de la sécurité sociale prévoit le maintien des garanties collectives mises en place par décision unilatérale de l'employeur, référendum ou accord collectif, au profit des anciens salariés tels que définis audit article, qui à la date de cessation de leur contrat de travail bénéficiaient de ces mêmes garanties dans l'entreprise, sous réserve qu'ils remplissent les conditions mentionnées ci-dessous.

Ce maintien s'effectue à titre gratuit.

Participants

Bénéficiaire du dispositif de "portabilité des droits", les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartiennent à la catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du présent contrat, sous réserve qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- leurs droits à couverture complémentaire au titre du présent contrat ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail ;
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, lors de la cessation du contrat de travail et au cours de la période de maintien des garanties, du fait qu'il remplit les conditions mentionnées ci-dessus.

En l'absence de fourniture du justificatif notamment de l'ouverture des droits à l'assurance chômage, le participant ne pourra pas bénéficier du maintien ou de la poursuite du maintien de la portabilité des droits.

Ayants droit

Lorsque les ayants droit des anciens salariés affiliés étaient garantis au titre du présent contrat, ils conservent la qualité de bénéficiaires des garanties pendant la durée d'application du dispositif de portabilité des droits applicable au participant.

Durée du maintien

La garantie prend effet le lendemain du jour de la cessation du contrat de travail, sous réserve que l'ancien salarié justifie auprès d'Apivia Macif Mutuelle des conditions exposées ci-dessus et transmette notamment le justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage.

Le maintien s'applique pendant la durée d'indemnisation chômage, **dans la limite de la durée du dernier contrat de travail** (ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur).

Cette durée s'apprécie en mois entier, arrondie au nombre supérieur, et est portée au double de celle prévue par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale mais ne peut en tout état de cause excéder 12 mois.

Cession du maintien

Le maintien cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié ne perçoit plus d'allocations au titre de l'assurance chômage, à l'exception des cas où le service de l'allocation chômage est interrompu en raison du versement par la Sécurité sociale des prestations en espèce, notamment pour maladie ou maternité ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de liquidation de la retraite ;
- au terme du délai du maintien défini ci-dessus ;
- en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du présent contrat collectif. Il appartient alors à l'employeur d'organiser la poursuite du dispositif de "portabilité des droits".

Garanties maintenues

Les participants, et leurs éventuels ayants droit, définis ci-dessus bénéficient des garanties frais de santé applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des participants bénéficiaires du dispositif de portabilité, et de leurs éventuels ayants droit, seront modifiées dans les mêmes conditions.

Articulation du maintien de garanties avec l'article 4 de la loi Evin

À l'issue du maintien au titre de la "portabilité des droits", Apivia Macif Mutuelle propose à l'ancien salarié licencié de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi Evin. Si l'ancien salarié souhaite en bénéficier, il doit en faire la demande dans les 6 mois suivant la cessation du maintien au titre de la "portabilité des droits" (Article 29 - Maintien de la couverture dans le cadre de la Loi Evin).

29 - MAINTIEN DE LA COUVERTURE DANS LE CADRE DE LA LOI EVIN

Apivia Macif Mutuelle propose le maintien des garanties de complémentaire santé aux ayants droit du salarié décédé et, sous certaines conditions, aux salariés dont le contrat de travail est rompu ou cesse.

Maintien des garanties aux ayants droit à charge d'un salarié décédé

L'assurance est maintenue, à titre gratuit, pendant une durée d'un an (de date à date), aux ayants droit à charge d'un salarié décédé qui, bénéficiaient du régime de remboursement frais de santé au jour du décès du salarié affilié, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. Apivia Macif Mutuelle adressera une proposition dans les 2 mois suivants le décès.

Au-delà de cette durée d'un an, une assurance individuelle peut-être souscrite, cette assurance étant accordée sans questionnaire médical ni délai d'attente.

Maintien des garanties en cas de rupture ou cessation du contrat de travail

LES BÉNÉFICIAIRES CONCERNÉS

Participant

La garantie frais de santé du présent contrat est maintenue au participant, dont le contrat de travail est rompu et qui :

- soit perçoit de la Sécurité sociale une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- soit privé d'emploi et perçoit à ce titre un revenu de remplacement (allocation chômage) ;
- soit perçoit de la Sécurité sociale une pension de retraite.

Ayants droit

Lorsque les ayants droit des anciens salariés affiliés étaient garantis au titre du présent contrat, ils peuvent conserver la qualité de bénéficiaires des garanties en contrepartie du paiement de la cotisation.

MODALITÉS

Ces anciens salariés peuvent demander dans les 6 mois (de date à date) qui suivent la rupture de leur contrat de

travail ou dans les 6 mois qui suivent la fin du maintien au titre de la portabilité, le maintien des garanties du présent contrat en contrepartie du paiement d'une cotisation spécifique.

Apivia Macif Mutuelle adressera une proposition dans les 2 mois suivants la cessation du contrat de travail ou de l'expiration des droits à portabilité.

Cette assurance est accordée sans questionnaire médical ni application d'un délai d'attente.

COTISATION

La cotisation respecte les plafonds prévus par le décret du 21 mars 2017, pris en application de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

À compter de la quatrième année, la cotisation évoluera en fonction des résultats techniques constatés et des perspectives d'évolution de la sinistralité du contrat.

La cotisation mensuelle, à la charge exclusive de l'ancien salarié, est mentionnée au bulletin d'adhésion.

À défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour Apivia Macif Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, Apivia Macif Mutuelle adresse au participant, à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant de la résiliation de l'ensemble des bénéficiaires résiliée 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

PRESTATIONS

Les prestations sont celles prévues au présent contrat. Les garanties prennent effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

- dès la date à laquelle l'intéressé cesse de percevoir, selon le cas, la rente d'incapacité permanente ou d'invalidité ou les allocations de chômage ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions mentionnées ci-dessus ;
- en cas de décès de l'ancien salarié ;
- à la date d'effet de la résiliation si celle-ci survient à l'échéance annuelle (moyennant un préavis de 2 mois) ou à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

Dans les deux cas, la demande de résiliation doit être faite par :

- par courrier postal à l'adresse figurant sur la carte de tiers payant ;
- par courrier électronique à l'adresse : **santecollective@macif.fr**
- par déclaration au siège social d'Apivia Macif Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire.

La mutuelle confirmera par écrit avoir reçu la demande de résiliation.

B

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : assiette servant au calcul des prestations en nature de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale. Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

- **tarif d'autorité :** tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;
- **tarif de convention :** tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés ;
- **tarif de responsabilité :** base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages ;
- **tarif forfaitaire de responsabilité :** base de remboursement de la Sécurité sociale pour l'original d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

D

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE : dispositifs mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires. Il existe deux dispositifs : l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Le cahier des charges du contrat responsable impose une meilleure prise en charge des actes et consultations facturés par les médecins adhérents à ces dispositifs.

F

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER : montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux "frais d'hébergement et d'entretien" entraînés par l'hospitalisation.

FRANCHISE ANNUELLE : somme laissée à la charge de l'assuré et qui s'applique sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

H

HONORAIRES PARAMÉDICAUX : entrent dans cette catégorie les honoraires des infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues pris en charge par le Régime obligatoire.

L

LISTE DES PRODUITS ET DES PRESTATIONS (LPP) : liste établie par décret définissant l'ensemble des produits et des prestations remboursables par l'assurance maladie et fixant leur base de remboursement par le Régime obligatoire.

M

MÉDECIN TRAITANT : médecin spécialiste ou généraliste, librement choisi par l'assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins. L'assuré doit avoir déclaré son médecin traitant auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire afin de bénéficier du taux maximal de remboursement de la Sécurité sociale.

P

PARCOURS DE SOINS : désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.

PARTICIPATION FORFAITAIRE : somme qui reste à la charge de l'assuré et qui concerne les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie.

PRESTATIONS : versement des sommes ou mise en place de services garantis à l'assuré.

PRIX LIMITE DE VENTE : correspond au prix de vente maximum, fixé par le Comité économique des produits de santé, au-delà duquel le produit ne pourra être facturé s'il entre dans l'un des paniers dit "100 % Santé".

R

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) : régime d'assurance maladie français, communément dénommé "Sécurité sociale", qui intervient obligatoirement avant la mutuelle pour rembourser une part des frais de santé.

T

TICKET MODÉRATEUR : dans le parcours de soins, différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le Régime obligatoire de la majoration de la participation de l'assuré, lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket modérateur.

TIERS PAYANT : sur présentation de sa carte de Tiers Payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par la mutuelle.



Le contrat **Complémentaire Santé Hôtels, Cafés, Restaurants** est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Étienne Pernet - 75015 Paris cedex 15.

Les **garanties d'assistance** sont assurées par **IMA Assurances** - Société anonyme au capital de 157 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.

Carte Blanche Partenaires - SAS au capital de 100 000 €. RCS PARIS 379 301 518. Code APE 8899 B. Siège social : Carré Feydeau - 5 rue Feydeau - 75002 Paris.

Le **service de téléconsultation** est délivré par **MédecinDirect**, marque de la société Teladoc Health France. SAS au capital de 128 300 €. RCS Paris 508 346 673. Siège social : 2 rue de Choiseul - 75002 Paris.

CG CS HCR - 01/24

Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !

