

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par Apivia Macif Mutuelle (SIREN n°779 558 501), mutuelle enregistrée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité.

Produit : contrat COMPLÉMENTAIRE SANTÉ HOTELS, CAFÉS, RESTAURANTS

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 Hôtels, Cafés, Restaurants, souscrit par l'employeur au profit de ses salariés, est destiné à proposer à ces derniers ainsi qu'à leurs éventuels ayants droit affiliés le remboursement de tout ou partie de leurs 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 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 le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à la charge du salarié.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires chirurgicaux, forfait patient urgences, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €, chambre particulière, lit d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux (consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique), analyses et examens de laboratoire, image médicale, radiologie, échographie, honoraires paramédicaux, matériel médical, forfait Ostéopathe, Étiothérapeute, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure et Podologue non remboursés par le Régime obligatoire, médicaments (pharmacie remboursée par le Régime obligatoire), sevrage tabagique (patchs nicotiniques inscrits sur la liste de la Sécurité sociale).
- ✓ **Dentaire** : prothèses 100 % Santé telles que définies réglementairement, soins dentaires, inlays et onlays remboursés par le Régime obligatoire, prothèses, orthodontie, implantologie.
- ✓ **Optique** : équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, lunettes (monture et verres), lentilles de contact, prestation d'adaptation des verres par l'opticien.
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, prothèses auditives remboursées par le Régime obligatoire, accessoires et fournitures.
- ✓ **Autres frais** : cures thermales remboursées par le Régime obligatoire, allocation naissance ou adoption, chambre particulière maternité, transport accepté par le Régime obligatoire, moyens de contraception prescrits.

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 ASSOCIÉS AU CONTRAT

- ✓ Réseau de soins.
- ✓ Tiers payant.

Les garanties ou services précédés d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les 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 des garanties.
- ! Les frais d'hébergement et de traitement exposés en établissement de post-cure.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT

- ! **Ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, acupuncture, pédicurie-podologie** : le forfait prévu est un forfait unique annuel pour l'ensemble des spécialités mentionnées.
- ! **Dentaire** : les prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale sont prises en charge sous réserve d'être inscrites à la nomenclature de la Classification commune des actes médicaux (CCAM).
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement.
- ! **Aides auditives** : le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.
- ! **Chambre particulière** : le remboursement de la chambre particulière en maternité est limité à une durée de 8 jours maximum.



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.
- ✓ Les garanties d'assistance s'appliquent en France.



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 ainsi que le document d'information sur le produit d'assurance contre récépissé ;
- le salarié doit remplir avec exactitude et signer le bulletin d'affiliation accompagné des justificatifs demandés, 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 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 notice 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 par 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 payable à terme échu. L'entreprise souscriptrice peut la régler mensuellement ou trimestriellement, par mandat de prélèvement SEPA, ou à défaut, par chèque (paiement trimestriel uniquement), 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. Les modalités de règlement de la cotisation sont définies 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). La cotisation est payable d'avance.

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 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés 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.

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.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le présent contrat étant un contrat à adhésion obligatoire, l'entreprise souscriptrice dispose du pouvoir de le résilier à l'échéance annuelle en respectant un préavis de 2 mois. La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit.

Elle peut également résilier son contrat à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de sa 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 lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité notamment par courrier postal ou électronique.

Concernant 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.

Complémentaire santé Hôtels, Cafés, Restaurants

(Garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2022)

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.

Sauf indications contraires, les pourcentages sont exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale. **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.

NATURE DES GARANTIES AVEC LES LIMITES DE REMBOURSEMENT	PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ
HOSPITALISATION	
Frais de séjour	
● établissements conventionnés	250 % BR
● établissements non conventionnés	250 % BR
Honoraires chirurgicaux	
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 400 % BR
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR
Forfait patient urgences	Remboursement intégral
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Remboursement intégral
Chambre particulière (hors maternité)	
● de nuit	50 € / jour
● de jour	50 € / jour
Lit d'accompagnant	15 € / 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
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM
Analyses et examens de laboratoire	TM
Imagerie médicale, radiologie, échographie	
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM
Honoraires paramédicaux	TM
Matériel médical ⁽¹⁾	100 % BR
Ostéopathie / Chiropractie / Étiopathie / Acupuncture / Pédicurie / Podologie non remboursés par le RO* ⁽²⁾	300 € / an
Médicaments	
● pharmacie remboursée par le RO*	TM
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale, disponible sur ameli.fr)	80 € / an
DENTAIRE	
Prothèses 100 % Santé ⁽³⁾ (Prestations assurées depuis le 01/01/2020)	Remboursement intégral ⁽⁴⁾
Soins dentaires (hors Inlay et Onlay)	TM
Inlay et Onlay remboursés par le RO* ⁽⁵⁾	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO* (y compris prothèse / implant) ⁽⁵⁾	300 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO*	322,50 € / prothèse
Orthodontie remboursée par le RO*	166 % BR
Orthodontie non remboursée par le RO* ⁽⁶⁾	193,50 € / semestre
Implantologie (hors prothèse dentaire)	300 € / an

NATURE DES GARANTIES AVEC LES LIMITES DE REMBOURSEMENT	PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ
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⁾
Forfait par verre	
● de 0 à 6 dioptries - Uni focal	160 €
● de 0 à 6 dioptries - Multi focal	300 €
● 6,25 dioptries et plus - Uni focal	277 €
● 6,25 dioptries et plus - Multi focal	311 €
Monture	100 €
Lentilles	
● remboursées par le RO*	273,70 €/ an (minimum TM)
● non remboursées par le RO*	250 € / an
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 % BR
AIDES AUDITIVES ⁽⁸⁾	
Équipements 100 % Santé ⁽³⁾ (Prestations assurées depuis le 01/01/2021) 	Remboursement intégral ⁽⁴⁾
Prothèses auditives remboursées par le RO* ^{(8) (9)}	65 % BR + 400 € / appareil
Accessoires et fournitures	100 % BR
CURES THERMALES	
Cures thermales remboursées par le RO*	TM
MATERNITÉ	
Allocation naissance ou adoption (par enfant)	8 % PMSS
Chambre particulière (pendant 8 jours maximum)	1,5 % PMSS / jour
AUTRES REMBOURSEMENTS	
Frais de transport remboursés par le RO*	TM
Moyens de contraception prescrits non remboursés par le RO*	3 % PMSS / an
	ASSISTANCE INCLUSE

(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) Depuis le 1^{er} janvier 2020, 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. Depuis le 1^{er} janvier 2021, 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) Depuis le 1^{er} janvier 2021, 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 sont accordées dans les conditions et limites prévues au contrat.



Le contrat Complémentaire santé Hôtels, Cafés, Restaurants est un contrat responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

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 7 000 000 € 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.