

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Contrat ACS Couleurs Mutuelles

Ce contrat est coassuré par Macif-Mutualité SIREN 779 558 501, Apivia Mutuelle SIREN 775 709 710 et la MNFCT SIREN 784 442 899, mutuelles enregistrées en France et régies par le Livre II du Code de la mutualité.



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Sélectionné par le Ministère de la Santé, le contrat ACS Couleurs Mutuelles est destiné aux particuliers, bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ou ayant bénéficié de cette aide financière et sollicitant le maintien des garanties, ainsi qu'à leurs ayants droit à charge inscrits au contrat. Il a pour objet de rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à leur charge en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation médicale et chirurgicale :**
Honoraires, analyse de laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux, participation forfaitaire sur les actes médicaux égaux ou supérieurs à 120 €, frais de transport et de séjour, forfait journalier hospitalier,
- ✓ **Médecine et soins :**
Visites et consultations médecins généralistes ou spécialistes, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à 65% et à 30% et spécialités homéopathiques, auxiliaires médicaux, analyses et radiologie, frais de transport hors hospitalisation, honoraires en hospitalisation ambulatoire ou hors hospitalisation,
- ✓ **Dentaire :**
Actes et soins dentaires, orthodontie et prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale,
- ✓ **Optique :**
Lentilles de contact remboursées par la Sécurité sociale, équipement optique (1 monture et 2 verres),
- ✓ **Audioprothèse et appareillage :**
Appareils acoustiques, aides techniques et produits inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP).

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PROPOSÉS :

- ✓ Tiers payant,
- ✓ Informations préalables à la réalisation de travaux dentaires, ou à l'acquisition d'équipement optique ou aides auditives, sur présentation de devis.

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,
- ✗ La garantie ne couvre pas les frais de santé non pris en charge au titre de la Sécurité sociale.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

Pour l'ensemble des assurés :

- ! La garantie ne couvre pas la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins,
- ! La garantie ne couvre pas les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.

Pour les assurés bénéficiant du maintien de leurs garanties malgré l'expiration de leur droit au bénéfice de l'ACS

- ! La garantie ne couvre pas les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports,
- ! La garantie ne couvre pas la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique :** la prise en charge de la monture intégrée à l'équipement optique est limitée à 150 €,
- ! **Optique :** le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue et enfants mineurs (un remboursement tous les ans),
- ! **Optique :** le forfait des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est limité à un par année civile.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France (Départements et Régions d'Outre-mer inclus).
- ✓ Dans le cas où les soins ou les équipements ont été respectivement effectués ou achetés hors de France (y compris dans les Collectivités et Pays d'Outre-mer), le remboursement se fait sous réserve de leur prise en charge par le régime d'Assurance maladie obligatoire français et du taux de remboursement applicable, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

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

- **À la souscription du contrat :**
 - être âgé de plus de 16 ans, en capacité de contracter, membre de l'association souscriptrice la «Maison des adhérents d'Apivia» et être bénéficiaire de l'ACS (justificatif à produire),
 - remplir avec exactitude la demande d'adhésion et la signer,
 - fournir une copie de sa pièce d'identité ainsi que la copie de l'attestation de chaque éventuel bénéficiaire de l'ACS assuré au contrat.
- **Durant le contrat :**
 - payer la cotisation prévue au contrat,
 - fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat,
 - faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans,
 - le cas échéant, se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur,
 - signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'un des assurés, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat.

Le paiement de la cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance. En cas de non paiement au-delà de ce délai, et après une mise en demeure restée sans effet, l'assureur pourra être amené à résilier les garanties contrat.

Les cotisations peuvent être réglées par chèque (uniquement pour le paiement annuel) ou par prélèvement bancaire. Il est possible de demander le fractionnement du paiement de la cotisation (semestriel, trimestriel ou mensuel). Aucuns frais de fractionnement ne sont alors appliqués.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date figurant sur la demande d'adhésion et au plus tôt au 1^{er} jour du mois suivant la demande d'assurance. La durée du contrat est d'un an ; il se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 30 jours à compter de la prise d'effet du contrat.

Les garanties cessent :

- si les conditions d'adhésion ne sont plus remplies,
- en cas de résiliation par l'adhérent,
- en cas de non paiement des cotisations,
- en cas de modification de la situation d'un assuré entraînant une augmentation des cotisations, si l'adhérent refuse cette augmentation,
- en cas de radiation du contrat de la liste des offres éligibles ACS sélectionnées par le Ministère de la santé.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours,
- en cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance,
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai 30 jours à compter du jour où cette modification est notifiée à l'adhérent,
- en cas de radiation du contrat de la liste des offres éligibles ACS sélectionnées par le Ministère de la santé.

La demande de résiliation doit être adressée en lettre recommandée à l'adresse figurant sur la carte de tiers payant.