

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureurs : APRÉVA, MACIF MUTUALITÉ et MALAKOFF MÉDÉRIC
PRÉVOYANCE

Produit : Établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE



Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 des garanties.

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

L'offre santé des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, souscrit au profit du personnel salarié relevant d'entreprises adhérentes à la FEHAP et qui a pour objet de fixer les conditions de remboursement de tout ou partie des frais médico-chirurgicaux réellement engagés en cas de maladie, maternité ou accident.

Le contrat respecte les critères du contrat responsable.

L'entreprise doit également souscrire auprès de l'organisme assureur, le contrat collectif à adhésion facultative et le contrat d'accueil loi Evin. En plus du régime de base obligatoire, le salarié peut souscrire pour ses ayants droit à un régime de base facultatif du même niveau que le régime de base obligatoire, ainsi qu'à un ou plusieurs régimes optionnels facultatifs, permettant de compléter le régime de base.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent dépasser les dépenses réellement engagées. Ces informations figurent dans le tableau des garanties joint en annexe de la proposition d'assurance. Les garanties précédées d'une coche verte sont prévues avec toutes les formules.

Garanties incluses dans toutes les formules du contrat

Hospitalisation médicale et chirurgicale

- ✓ Chirurgie – Hospitalisation
- ✓ Frais de séjour – Conventionnée
- ✓ Honoraires dans le cadre et hors dispositif de pratique tarifaire maîtrisée – Conventionnée et non conventionnée
- ✓ Forfait hospitalier ; Forfait actes lourds

Frais médicaux

- ✓ Consultations – Visites Généralistes et Spécialistes dans le cadre et hors dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Pharmacie remboursée à 30 % et 65 % par la Sécurité sociale
- ✓ Analyses ; Auxiliaires médicaux
- ✓ Actes techniques médicaux (effectués en externat) dans le cadre et hors dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Imagerie médicale dans le cadre et hors dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Transport accepté par la Sécurité sociale

Prothèses et orthopédie

- ✓ Orthopédie et autres prothèses
- ✓ Prothèses auditives

Prévention

- ✓ Tous les actes des contrats responsables

Dentaire

- ✓ Soins dentaires
- ✓ Onlays-Inlays
- ✓ Orthodontie – Acceptée par la Sécurité sociale
- ✓ Prothèses dentaires : Dents du sourire et dents de fond de bouche remboursées par la Sécurité sociale ; Inlays-cores

Optique (Adulte et mineur)

Monture + verres ; Lentilles (acceptées, refusées, jetables)

Autres options et garanties retenues

Hospitalisation

Chambre particulière par jour – Conventionnée
Forfait en ambulatoire
Personne accompagnante – Conventionnée

Frais médicaux

Pharmacie remboursée à 15 % par la Sécurité sociale
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale
Médecines douces (Ostéopathie, Étiopathie, Acuponcteur...)

Cures thermales : Acceptées par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire

Prévention

Ostéodensitométrie osseuse par an
Patch antitabac

Dentaire

Orthodontie refusée par la Sécurité sociale
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale
Parodontologie ; Implantologie

Optique : Chirurgie réfractive

Différentes formules avec des niveaux de garanties croissants sont proposées :

Base 1 conventionnel ; Base 2 (option 1) ; Base 3 (option 2) ; Base 4 (option 3).



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale ne sont pas remboursés.
- ✗ La participation forfaitaire et les franchises annuelles.
- ✗ La majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités.
- ✗ Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable d'un médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés)
- ✗ Les actes effectués antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties.
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou la date de cessation des garanties.



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

Principales restrictions relatives au caractère responsable du contrat :

- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! **Franchise de 2 €** sur les transports sanitaires.
- ! **Franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).
- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans, (1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue).
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins.

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Médecines douces** : Forfait limité par an et par bénéficiaire.
- ! **Prothèses auditives** : Forfait par oreille tous les deux ans.
- ! **Orthodontie refusée par la Sécurité sociale** : forfait limité par semestre de soins.
- ! **Prothèses dentaires, Parodontologie, Implantologie** : Forfait limité à 3 dents par an et par bénéficiaire.
- ! **Prestations de prévention** : Prise en charge par an et par bénéficiaire.
- ! **Lentilles** : Forfait limité par an et par bénéficiaire.
- ! **Chirurgie réfractive** : Forfait limité par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et départements et régions français d'Outre-mer.
- ✓ Les soins effectués à l'étranger y compris dans le cas d'une hospitalisation sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

● À la souscription du contrat

L'entreprise souscriptrice doit adresser à l'organisme assureur dès que possible et au plus tard dans les trois mois suivant l'évènement :

- une liste nominative détaillée pouvant attester du nombre exact de salariés ;
- une demande d'adhésion ou bulletin d'adhésion complété, daté et signé par la personne dûment habilitée à représenter l'entreprise ;
- un bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé par chaque salarié accompagné de toute autre pièce mentionnée dans ce document.

● En cours de contrat

L'entreprise souscriptrice doit adresser à l'organisme assureur dès que possible et au plus tard dans les trois mois suivant l'évènement :

- en cas d'entrée de nouveaux salariés : un bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé par chaque salarié ;
- en cas de sortie de salariés : un état mensuel nominatif du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé.

Le changement du niveau de garanties est possible, à la hausse ou à la baisse, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'une demande écrite auprès de l'organisme assureur au moins deux mois avant l'échéance annuelle.

● Pour le versement des prestations

Fournir tous documents justificatifs nécessaires au versement des prestations dans les délais prévus au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payées trimestriellement à terme échu par l'entreprise souscriptrice au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin du trimestre civil.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

● Début du contrat

Le contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières ou au certificat d'adhésion.

Les garanties entrent en vigueur pour le salarié :

- soit à la prise d'effet du contrat ou à la date à laquelle il atteint trois mois d'ancienneté, dès lors qu'il est salarié de l'entreprise à la date d'effet du contrat ;
- soit à compter de la date à laquelle il devient salarié de l'entreprise et est affilié à un régime d'assurance maladie, lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du contrat, sous réserve d'avoir été déclaré auprès de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'embauche.

● Fin du contrat

Le contrat est souscrit dans le cadre d'une année civile et vient à échéance le 31 décembre suivant la date de sa souscription. Il est reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties.

Les garanties du contrat cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite ;
- à la date de cessation du contrat de travail du salarié (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat, conformément aux modalités prévues à la rubrique : « Comment puis-je résilier le contrat ? ».



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- à la demande de l'organisme assureur, tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance ;
- à la demande de l'entreprise, tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance ;
- à la demande de l'organisme assureur, à l'issue du délai de préavis de deux mois, lorsque l'entreprise ne relève plus de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective ;
- à la demande de l'organisme assureur en cas de non-acceptation par l'entreprise de la révision des cotisations ;
- à tout moment à la demande de l'organisme assureur, à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une lettre de mise en demeure.

La résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire entraîne la résiliation du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'entreprise, ainsi que la fermeture du contrat collectif à adhésion facultative « régime d'accueil ».

Coordonnées utiles pour résilier le contrat :

MALAKOFF MÉDÉRIC – Résiliation entreprise – 78288 Guyancourt Cedex

APREVA MUTUELLE – Service FEHAP – BP 70 299 – 59306 Valenciennes Cedex