

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ET SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ

## Document d'information sur le produit d'assurance

Malakoff Humanis Prévoyance

Produit : Bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs conseils et sociétés de conseils (IDCC 1486)



Ce document d'information 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 ?

Bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs conseils et sociétés de conseils est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété le cas échéant par des contrats, extension conjoint, surcomplémentaire responsable et surcomplémentaire non responsable, à adhésion facultative, souscrit(s) par une entreprise relevant de la branche des Bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs conseils et sociétés de conseils (IDCC 1486) destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

Les contrats complémentaires « socle » et « extension conjoint » santé respectent les conditions légales des contrats solidaires et responsables.

Le contrat surcomplémentaire santé souscrit avec les niveaux, Base + Option 1, Base + Option 2 et Base + Option 3 est également responsable.

Le contrat surcomplémentaire santé souscrit avec le niveau « Renfort hospitalisation » est non responsable.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations varient en fonction du niveau choisi. Ils ne peuvent dépasser les dépenses réellement engagées.

Ces informations figurent dans le tableau des garanties joint avec la proposition de contrat. Les garanties précédées d'une coche verte sont prévues avec tous les niveaux.

#### Hospitalisation en médecine/chirurgie/obstétrique/psychiatrie

- ✓ Frais de séjour
- ✓ Honoraires y/c la participation forfaitaire sur les actes lourds
- ✓ Forfait journalier hospitalier
- ✓ Chambre particulière en établissement conventionné
- ✓ Lit d'accompagnant en établissement conventionné

#### Soins courants

- ✓ Consultation/visite/consultation en ligne (généraliste/spécialiste)
- ✓ Actes techniques médicaux
- ✓ Actes d'imagerie médicale et d'échographie
- ✓ Honoraires paramédicaux
- ✓ Analyses et examens de laboratoire
- ✓ Matériel médical
- ✓ Frais de transport sanitaire
- ✓ Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à 65 %/30 %/15%
- ✓ Médecines douces
- ✓ Assistance Santé

#### Dentaire

- ✓ Soins et prothèses 100 % santé
- ✓ Soins dentaires autres que 100 % santé
- ✓ Prothèses dentaires autres que 100 % santé : dents du sourire et de fond de bouche/inlay core/inlay-onlay (tarifs maîtrisés/libres)
- ✓ Implantologie remboursée et non remboursée par la SS
- ✓ Orthodontie remboursée par la SS
- ✓ Parodontologie
- ✓ Prothèses dentaires non remboursées par la SS

#### Optique

- ✓ Equipements (100 % santé et équipements autre que 100% santé)
- ✓ Lentilles remboursées et non remboursées par la SS
- ✓ Chirurgie optique réfractive

#### Aides Auditives

- ✓ Equipement 100 % santé et équipements autres que 100 % santé
- ✓ Accessoires et fournitures

#### Autres garanties possibles :

##### Hospitalisation en médecine/chirurgie/obstétrique/psychiatrie

Forfait maternité ou adoption

##### Soins courants

Sevrage tabagique/vaccin antigrippal/contraception féminine/équilibre alimentaire & produit diététique/ostéodensitométrie osseuse/autres vaccins

##### Dentaire

Parodontologie non remboursée par la SS

Orthodontie non remboursée par la SS

**Renfort hospitalisation** : Honoraires y/c la participation forfaitaire sur les actes lourds (praticien non adhérent aux DPTM)



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

#### Pour les contrats complémentaire et surcomplémentaire santé :

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet des contrats
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou la date de cessation des garanties
- ✗ En cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes et médicaux tels que : téléphone, télévision, boissons
- ✗ Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé
- ✗ Les soins et traitements pratiqués à l'étranger sauf cas d'urgence au cours d'une villégiature ou détachement d'un salarié



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

#### Pour les contrats complémentaire et surcomplémentaire santé :

##### Principales restrictions liées 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** : délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (Absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel)
- ! **Honoraires** : plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ! **Aide auditive** : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans

##### Autres restrictions prévues aux contrats :

- ! **Chambre particulière** : Forfait par nuitée ou journée/bénéficiaire
- ! **Lit d'accompagnant** : Forfait par nuitée/bénéficiaire
- ! **Forfait maternité ou adoption** : Forfait par enfant (doublée si multiple)
- ! **Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue)** : Forfait limité par séance/an/bénéficiaire
- ! **Sevrage tabagique/vaccin antigrippal/contraception féminine/équilibre alimentaire & produit diététique/ostéodensitométrie osseuse/autres vaccins** : Forfait limité par an/bénéficiaire
- ! **Assistance** : Limitation en nombre d'heures ou en montant selon le type de service mis en œuvre
- ! **Orthodontie remboursée ou non par la SS** : par semestre/bénéficiaire
- ! **Parodontologie** : Forfait par an/bénéficiaire
- ! **Prothèses dentaires non remboursées par la SS** : Forfait par an/ bénéficiaire
- ! **Implantologie non remboursée par la SS** : Forfait par an/ bénéficiaire
- ! **Plafond dentaire autre que 100 % santé** : 3 prothèses/an/bénéficiaire
- ! **Lentilles remboursées ou non par la SS** : forfait limité par an/bénéficiaire



## Où suis-je couvert(e) ?

**Pour les contrats complémentaire et surcomplémentaire santé :**

- ✓ En France métropolitaine
- ✓ A l'étranger à la triple condition :
  - que les soins aient été occasionnés lors d'un déplacement de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale ;
  - d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale ;
  - d'avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.



## Quelles sont mes obligations ?

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'entreprise souscriptrice entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.**

**À la souscription du contrat**

Le souscripteur doit transmettre les bulletins individuels d'affiliation remplis avec exactitude et signés par les assurés, indiquant notamment les ayants droit susceptibles de bénéficier du(des) présent(s) contrat(s).

Fournir à l'assureur la liste des salariés membres de la catégorie assuré appelés à bénéficier du(des) contrat(s).

Déclarer chaque nouvelle affiliation dans un délai de 30 jours à l'assureur.

**En cours de contrat**

Transmettre à la fin des 3 premiers trimestres le bordereau des cotisations sur lequel doit figurer le nom des salariés entrés et sortis au cours du trimestre sauf si ces informations entrent dans le périmètre de la DSN, ainsi que la modification de la situation familiale des assurés, si celle-ci a changé.

**Pour le versement des prestations**

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



## Quand et comment effectuer les paiements ?

**Pour le contrat complémentaire « socle » à adhésion obligatoire frais de santé :**

La cotisation est payable trimestriellement par le souscripteur, à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil.

**Pour les contrats complémentaires à adhésion facultative frais de santé (extension conjoint/surcomplémentaire responsable/renfort hospitalisation non responsable) :**

La cotisation est payable trimestriellement par le souscripteur à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil ou mensuellement d'avance par l'assuré, dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, en fonction du choix fait par le souscripteur.



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

**Pour le contrat complémentaire « socle » à adhésion obligatoire frais de santé :**

**Début du contrat**

Les garanties prennent effet à la date d'effet du contrat.

**Fin du contrat**

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

La couverture de l'assuré prend fin à la date de cessation de son affiliation et en tout état de cause à la résiliation selon les conditions prévues au contrat.

**Pour les contrats complémentaires à adhésion facultative frais de santé (extension conjoint/surcomplémentaire responsable/renfort hospitalisation non responsable) :**

**Début du contrat**

Les contrats prennent effet à la même date que le contrat complémentaire santé, sous réserve qu'ils soient régularisés et retournés signés à l'assureur dans les deux mois suivants leur date d'émission.

**Fin du contrat**

Les contrats sont résiliés de plein droit en cas de résiliation du contrat complémentaire « socle » à adhésion obligatoire santé.

Les contrats se renouvellent par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année et peuvent être résiliés dans les conditions prévues à chaque contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le souscripteur peut résilier le contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu aux articles L 932-12-2 et L 932-21-3 du Code de la sécurité sociale adressée 2 mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi).

Le souscripteur peut, après expiration d'un délai d'un an, résilier le contrat sans frais ni pénalités.

La résiliation du contrat prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du souscripteur.

**Coordonnées utiles pour résilier le contrat :**

Malakoff Humanis - Résiliation entreprise - 78288 GUYANCOURT