

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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

Assureur : Malakoff Humanis Prévoyance, AG2R Réunica Prévoyance

Produit : Commerces de gros et commerce de gros des tissus, tapis et linge de maison



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 ?

Cette offre santé est un contrat collectif à adhésion obligatoire, pouvant être souscrit par les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des commerces de gros et commerce de gros des tissus, tapis et linge de maison au profit des salariés relevant de ce champ professionnel. Le contrat a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés. Le contrat respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables. Le contrat peut être complété par un contrat facultatif à adhésion individuelle au profit des anciens salariés qui le souhaitent, ainsi qu'aux ayants droit en cas de décès d'un salarié, qui peuvent continuer à bénéficier des mêmes garanties frais de santé que les salariés en activité.



## 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 au contrat

#### Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

- ✓ Frais de séjour
- ✓ Actes de chirurgie
- ✓ Actes d'anesthésie
- ✓ Autres honoraires
- ✓ Chambre particulière y compris en maternité
- ✓ Forfait hospitalier engagé
- ✓ Participation forfaitaire pour les actes coûteux
- ✓ Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans
- ✓ Transport remboursé par la Sécurité sociale

#### Actes médicaux

- ✓ Généralistes et Spécialistes (Consultations et visites)
- ✓ Actes de chirurgie
- ✓ Actes techniques médicaux
- ✓ Actes d'obstétriques
- ✓ Actes d'imagerie médicale
- ✓ Actes d'échographie
- ✓ Auxiliaires médicaux
- ✓ Analyses

#### Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale

- ✓ Pharmacie

#### Dentaire

- ✓ Soins dentaires (à l'exception des inlays simples, onlays)
- ✓ Inlay simple, onlay
- ✓ Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ Inlay core et inlay à clavettes
- ✓ Orthodontie acceptée et refusée par la Sécurité sociale

#### Prothèses non dentaires (acceptées par la Sécurité sociale)

- ✓ Prothèses auditives
- ✓ Orthopédie et autres prothèses

#### Optique

- ✓ Montures et Verres simples, complexes et hypercomplexes
- ✓ Lentilles acceptées par la Sécurité sociale

#### Cure thermique (acceptée par la Sécurité sociale)

- ✓ Frais de traitement et honoraires
- ✓ Actes de prévention

#### Autres garanties et options retenues

##### Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale

Chirurgie de la myopie

##### Dentaire

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale

##### Actes dentaires hors nomenclature

Implants dentaires

##### Optique

Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)

##### Cures thermales (acceptées par la Sécurité sociale)

Frais de voyage et hébergement

Maternité : Naissance d'un enfant déclaré

##### Médecines hors nomenclature

Acupuncture, chiropraxie, ostéopathie

Différentes formules avec des niveaux de garanties croissants sont proposées : Régime R1 ; Régime R2 ; Régime R3.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins avec une date antérieure à la date d'effet du contrat.
- ✗ Les soins avec une date postérieure à la date de résiliation du contrat ou de cessation des garanties.
- ✗ La participation forfaitaire due par l'assuré pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
- ✗ La franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article.
- ✗ La majoration de la participation supportée par l'assuré lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés et la majoration de participation.
- ✗ Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.



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

### Principales restrictions relatives au caractère responsable des contrats :

- ! 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 non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

### Autres restrictions prévues au contrat :

- ! Forfait hospitalier : Prise en charge des frais réels dans la limite du forfait réglementaire en vigueur.
- ! Frais d'accompagnement d'un enfant à charge : Prise en charge sur présentation d'un justificatif et forfait limité par jour.
- ! Chirurgie de la myopie : Forfait limité par œil et par an.
- ! Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : Forfait limité par an.
- ! Implants dentaires : Forfait limité par an.
- ! Frais de voyage et hébergement : Forfait limité à une intervention par année civile.
- ! Médecines hors nomenclature : Forfait par acte, dans la limite de deux actes par an.

### Exclusions prévues au contrat :

- ! Les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.
- ! Le fait que l'organisme assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France.
  - ✓ L'organisme assureur garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.
  - ✓ En cas de séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger, l'organisme assureur intervient dès lors que les assurés bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française et en complément des tarifs théoriques de celle-ci, éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat. Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre du contrat d'accès aux soins » et « hors contrat d'accès aux soins », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors contrat d'accès aux soins ».
- ! Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.



## 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 s'engage à communiquer à l'organisme assureur :

- la catégorie de personnel travaillant pour son compte et dont elle souhaite assurer la couverture ;
- le document d'affiliation dûment renseigné par chaque salarié dans un délai de trente jours suivant soit la date d'effet du contrat, soit la date de l'entrée du salarié dans la catégorie de personnel assuré ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat, du maintien de leurs garanties.

L'entreprise souscriptrice choisit lors de son adhésion, la formule de garanties. Le choix est effectué par l'entreprise sur son bulletin d'adhésion (ou proposition de contrat), parmi les formules suivantes : Régime 1, Régime 2 ou Régime 3.

Elle s'engage à remettre à chaque assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

### ● En cours de contrat

L'entreprise souscriptrice peut modifier la formule choisie lors de son adhésion chaque 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente.

### ● Pour le versement des prestations

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



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.



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

### ● Début du contrat

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion (ou aux conditions particulières), sous réserve que celle-ci soit acceptée par l'organisme assureur, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'entreprise ;
- à la date d'embauche du salarié si elle est postérieure à la date d'effet de l'adhésion au contrat.

### ● Fin du contrat

L'adhésion au contrat est renouvelée par tacite reconduction à chaque échéance.

L'affiliation cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion au contrat ;
- soit à la date de sortie des effectifs ;
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des assurés reprenant, une activité salariée en « cumul emploi retraite », auprès de l'entreprise.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

Le non-paiement d'une cotisation à l'expiration



## Comment puis-je résilier le contrat ?

La dénonciation doit être adressée à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, par lettre recommandée avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

**Coordonnées utiles pour résilier le contrat :**

Malakoff Humanis - Résiliation entreprise - 78288 Guyancourt Cedex