

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Malakoff Humanis Prévoyance – Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le Titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, N° agrément ACPR : 3120012

Produit : Convention Collective Nationale de l'hôtellerie de plein air



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 ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé « Convention Collective Nationale de l'hôtellerie de plein air » est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété le cas échéant par un contrat surcomplémentaire collectif obligatoire ou facultatif, souscrits par une entreprise relevant de la Convention collective nationale de l'hôtellerie de plein air, destinés 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 complémentaire et surcomplémentaire santé respectent les conditions légales des contrats solidaires et 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 figurent dans le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

### Garanties systématiquement prévues :

✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale, participation forfaitaire sur les actes techniques coûteux.

✓ **Dentaire** : prothèses dentaires, soins remboursés par la Sécurité sociale (soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie, inlay/onlay), orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.

✓ **Optique** : verres et montures, lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale, lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale.

✓ **Aide auditive** : appareils auditifs, accessoires et fournitures.

✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, consultations, visites et consultations en ligne chez les généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, participation forfaitaire sur les actes techniques coûteux, actes d'imagerie médicale, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, matériel médical (appareillage et prothèses médicales hors aides auditives), frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné – hors SMUR), médicaments remboursés par la Sécurité sociale (hors 15%).

✓ **Tiers payant.**

### Les garanties optionnelles :

**Hospitalisation** : chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale, lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans non remboursé par la Sécurité sociale.

**L'assistance** : les garanties d'assistance sont assurées par AUXIA Assistance et définies aux conditions générales d'assistance.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité des contrats.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.



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

### Principales exclusions :

! Les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

### Principales restrictions relatives au contrat responsable :

! **La participation forfaitaire de 1 €** pour chaque consultation médicale ou tout acte de biologie médicale.

! **La franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.

! **La franchise de 2 €** sur les transports sanitaires.

! **La minoration** en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).

! **La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire** et les ayants droits sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'accès au dossier médical.

! **Optique** : prise en charge d'un équipement (verres et monture) tous les deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par l'évolution de la vue, réduite à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

! **Aide auditive** : prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les quatre ans dans la limite des plafonds fixés dans le tableau de garanties.

! **Dépassements d'honoraires** : plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### Autres restrictions :

! **Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale** ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

! **Hospitalisation** : frais de chambre particulière, de lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans : prise en charge limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. Pris en charge également limitée à un forfait par an et par bénéficiaire

! **Dentaire** : orthodontie remboursée par la Sécurité sociale : prise en charge limitée par semestre de traitement et par bénéficiaire.

! **Optique** : lentilles non remboursées par la Sécurité sociale : forfait par an, par bénéficiaire et par œil.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ 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, et, pour les séjours temporaires, salariés détachés, résidents à l'étranger, dans la mesure où la Sécurité sociale française ou le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil prend en charge les frais engagés. Le remboursement se fait en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par les contrats. Les contrats ne couvrent pas les salariés expatriés.



## Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle, tant que ces informations ne sont pas transmises et traitées par les flux de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) :

### A la souscription :

Le souscripteur doit :

- Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'organisme assureur, si le souscripteur entre dans le périmètre de la DSN.
- Communiquer à l'organisme assureur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle dûment renseigné par chaque salarié dans un délai de trente jours suivant soit la date d'effet du contrat d'adhésion, soit la date de l'entrée du salarié dans la catégorie assurée.
- S'engager à remettre à chaque assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

### En cours de contrat :

Le souscripteur doit :

- Déclarer à l'organisme assureur tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans la catégorie de salariés assurée ou qui en sort.
- Déclarer trimestriellement, à l'organisme assureur, par le biais des appels de cotisations, l'effectif des salariés affiliés au contrat.
- Régler les cotisations prévues au contrat.
- S'engager à porter à la connaissance de chacun des assurés couverts par le contrat, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant le supplément modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

### Pour le versement des prestations :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans les délais prévus aux contrats.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

### Pour le contrat complémentaire collectif obligatoire :

- La complémentaire santé est financée en partie par l'entreprise souscriptrice et le cas échéant pour partie par l'assuré.
- La cotisation, calculée annuellement, est payable trimestriellement à terme échu, dans les 10 jours qui suivent l'échéance.
- Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire ou par la DSN.
- Pour l'extension facultative des garanties aux membres de la famille de l'assuré : l'appel des cotisations est effectué auprès de l'entreprise souscriptrice ou auprès de l'assuré (selon ce qui a été prévu au contrat d'adhésion).
  - o Lorsque l'appel des cotisations du contrat est effectué auprès de l'assuré, les cotisations, calculées annuellement, sont recouvrées sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.
  - o Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'entreprise souscriptrice, le paiement est réalisé dans les mêmes conditions que pour le contrat complémentaire collectif obligatoire.

### Pour le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire ou facultatif :

- Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'entreprise souscriptrice, le paiement est réalisé dans les mêmes conditions que pour le contrat complémentaire collectif obligatoire.
- Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'assuré et pour l'extension facultative des membres de la famille de l'assuré : les cotisations, calculées annuellement, sont recouvrées selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.



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

### Pour le contrat complémentaire collectif obligatoire :

#### Début du contrat :

Le contrat prend effet à la date indiquée au sein du contrat d'adhésion et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

#### Fin du contrat :

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année à partir du 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet, sauf résiliation demandée par l'organisme assureur dans les cas et conditions fixés au contrat.

La couverture de l'assuré prend alors fin à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat.

La dénonciation du contrat complémentaire collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat surcomplémentaire collectif. La résiliation du contrat surcomplémentaire collectif n'emporte pas la résiliation du contrat complémentaire collectif obligatoire.

### Pour le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire ou facultatif :

#### Début du contrat :

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif peut intervenir en même temps que la souscription du contrat complémentaire collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat complémentaire collectif obligatoire. En tout état de cause, le contrat prend effet à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

#### Fin du contrat :

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année à partir du 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet, sauf résiliation demandée par l'organisme assureur dans les cas et conditions fixées au contrat. Le contrat surcomplémentaire est résilié de plein droit en cas de résiliation du contrat complémentaire santé.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le souscripteur peut résilier le contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 932-21-3 du Code de la Sécurité sociale adressé DEUX (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.

CCN HOTELLERIE DE PLEIN AIR (HPA) - IPID SANTE - MH-13431\_2009 MAJ 12 2020