

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE 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 : CCN DES INDUSTRIES ET DU COMMERCE DE LA RECUPERATION



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 « CCN des Industries et du Commerce de la Récupération » est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété le cas échéant par un contrat surcomplémentaire collectif obligatoire ou facultatif, souscrit(s) par une entreprise relevant de la branche des Industries et du Commerce de la Récupération destiné(s) 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.

Le(s) contrat(s) complémentaire et surcomplémentaire santé respecte(nt) 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** : honoraires, frais de séjour, forfait hospitalier, forfait pour acte lourd, chambre particulière (y compris en maternité), lit d'accompagnant.

✓ **Soins courants** : consultations, consultations en ligne, visites généralistes et spécialistes, actes de spécialité, petite chirurgie, soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement, frais d'analyse et de laboratoire, radiologie et ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale.

✓ **Pharmacie** : frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.

✓ **Transport** : frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR).

✓ **Dentaire** : soins, inlay core et inlay à clavette, prothèses dentaires, inlay onlay pris en charge par la Sécurité sociale, orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, implant dentaire (à l'exclusion du pilier).

✓ **Optique** : verres et monture, lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale.

✓ **Prothèses auditives** : prothèses auditives, accessoires et fournitures.

✓ **Actes hors nomenclature** : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, étiope, homéopathe, méthode Mézières, microkinésithérapeute, nutritionniste, ostéopathe, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute, réflexologue, sophrologue, vaccins non pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale.

✓ **Le tiers payant**

✓ **Autres postes** : forfait maternité, orthopédie et autres prothèses.

✓ **Réseau de soins (optique et dentaire).**

Les garanties optionnelles :

Optique : chirurgie réfractive.

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 du (des) contrat(s).
- ✗ 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.

! **Prothèse 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** : versement des frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant limité à 365 jours par an (180 jours par an en cas de séjour en psychiatrie).

! **Dentaire** : implant dentaire limité à un montant maximum.

! **Actes hors nomenclature** : le remboursement est limité à un montant maximum par an et par bénéficiaire.



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 :

- Transmettre les bulletins individuels d'affiliation remplis avec exactitude et signés par les assurés, indiquant notamment les ayants droit susceptibles de bénéficier du (des) contrat(s).
- Fournir à l'organisme assureur la liste des salariés membres de la catégorie assurée, appelés à bénéficier du (des) contrat(s).
- Déclarer chaque nouvelle affiliation dans un délai de 30 jours à l'organisme assureur.
- 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, entre dans la catégorie de salariés assurée ou qui en sort ou quitte l'entreprise.
- 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(x) contrat(s).
- S'engager à porter à la connaissance de chacun des assurés couverts par le(les) contrat(s), 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 au(x) contrat(s).



Quand et comment effectuer les paiements

Pour le contrat complémentaire collectif et surcomplémentaire obligatoire :

- La complémentaire santé est financée en partie par l'entreprise souscriptrice et le cas échéant pour partie par l'assuré.
- La cotisation, exprimée forfaitairement, 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, virement bancaire ou par la DSN.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif : l'appel des cotisations du contrat est effectué auprès de l'assuré, les cotisations 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 et en tout état de cause à l'issue des vérifications règlementaires 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 socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat surcomplémentaire collectif. La résiliation du contrat surcomplémentaire collectif n'emporte pas la résiliation du contrat socle 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 socle collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire. En tout état de cause, le contrat prend effet à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Fin du contrat :

Le contrat surcomplémentaire collectif expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation demandée par l'organisme assureur dans les cas et conditions fixés au contrat.

Le contrat surcomplémentaire collectif est résilié de plein droit en cas de résiliation du contrat socle collectif obligatoire.



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 adressée 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.