

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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

Nom du produit : CCN de l'Enseignement privé indépendant



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 de l'Enseignement privé indépendant » est un contrat complémentaire collectif obligatoire, souscrit par une entreprise relevant de la branche de l'Enseignement privé indépendant (IDCC 2691) ou qui applique volontairement cette Convention collective nationale après accord de la commission paritaire nationale de prévoyance, 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.

Le contrat complémentaire santé respecte 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 hospitaliser, forfait pour acte lourd, chambre particulière hors niveau A, lit d'accompagnant hors niveau A, transport remboursé par la Sécurité Sociale
- ✓ **Soins de ville** : consultations et visites généralistes et spécialistes, petite chirurgie, auxiliaires médicaux, radiologie, imagerie médicale, échographie, analyses médicales, forfait pour acte lourd
- ✓ **Pharmacie** : pharmacie remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ **Prothèses médicales** : appareillage (hors auditif) / appareillage auditif
- ✓ **Dentaire** : soins, prothèses dentaires, inlays-onlays, orthodontie remboursés par la Sécurité sociale, implants hors niveau A et B
- ✓ **Optique** : verres et monture, lentilles, chirurgie réfractive hors niveau A
- ✓ **Maternité et adoption** : allocation naissance, adoption d'un enfant de moins de 12 ans hors niveau A et B, chambre particulière hors niveau A
- ✓ **Autres actes** : acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien, consultation diététicien prescrit par un médecin, vaccin anti grippe, cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale, orthopédie, autres prothèses. Sur prescription médicale : pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs, le sevrage tabagique, l'ostéodensitométrie
- ✓ **Le tiers payant**
- ✓ **Prévention et services**



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 non remboursées par la Sécurité Sociale, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements esthétiques.

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 droit 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, réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par l'évolution de la vue

! **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

! Implants, pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs si pas de prescription médicale, sevrage tabagique, ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale : forfait en euros par an et par bénéficiaire

! Chirurgie réfractive : forfait en euros pour les deux yeux par an et par bénéficiaire ; Prothèses auditives : forfait en euros par oreille tous les deux ans et par bénéficiaire

! Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, : forfait en euros par an et par bénéficiaire. Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'état, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France

! Chambre particulière : forfait en euros par jour ; lit accompagnant limité aux enfants de moins de 12 ans



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ À l'étranger (séjours temporaires, salariés détachés, résidents à l'étranger), dans la mesure où la Sécurité sociale française (hors CFE Caisse des Français de l'Étranger) ou le régime du pays d'accueil prend en charge les frais engagés. Le remboursement se fait alors sur la base de la Sécurité sociale française quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle :

A la souscription :

Le souscripteur doit :

- Transmettre les bulletins d'affiliation et d'adhésion individuelle 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 :

- Transmettre à la fin des trois premiers trimestres le bordereau des cotisations sur lequel doit figurer le nom des affiliés entrés et sortis au cours du trimestre, ainsi que la modification de leur situation familiale, si celle-ci a changé.
- 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 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.
- Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire ou par la Déclaration Sociale Nominative (DSN).



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 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.

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



Comment puis-je résilier le contrat ?

Au plus tard au 31 octobre pour une cessation de contrat au 31 décembre de l'année, en adressant une lettre recommandée ou un recommandé électronique à l'organisme assureur.