

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ET SURCOMPLEMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Malakoff Humanis Prévoyance

Produit : CCN des organismes de formation



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 ?

Le produit d'assurance « CCN des organismes de formation » est un contrat collectif à adhésion obligatoire (régime socle) souscrit par une entreprise relevant de la branche des organismes de formation au profit de son personnel salarié appartenant à la catégorie assurée désignée aux conditions particulières. Il permet la couverture de tout ou partie des frais de santé engagés par l'assuré et, le cas échéant, par ses ayants droit au sens du contrat en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les salariés disposent de la faculté d'étendre le niveau de garanties au bénéfice de leurs ayants droit en adhérant au régime extension ayants droit ou de compléter leur niveau de garanties et celui de leurs éventuels ayants droit en adhérant au régime surcomplémentaire. Ces contrats respectent les conditions légales des contrats solidaires et responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations varient en fonction du niveau de garantie choisi : NIVEAU 1, NIVEAU 2, NIVEAU 3.

Ils ne peuvent dépasser les dépenses réellement engagées.

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

Garanties incluses dans les contrats frais de santé

Hospitalisation

- ✓ Honoraires
- ✓ Forfait journalier hospitalier
- ✓ Frais de séjour
- ✓ Participation forfaitaire sur les actes lourds

Soins courants

- ✓ Consultation/visite généraliste/spécialiste
- ✓ Actes de chirurgie, actes techniques médicaux
- ✓ Actes d'imagerie médicale, actes d'échographie
- ✓ Sages-femmes
- ✓ Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)
- ✓ Analyses et examens de laboratoire
- ✓ Transport remboursé par la Sécurité sociale
- ✓ Médicaments remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ Pharmacie hors médicaments remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ Matériel médical
- ✓ Participation forfaitaire sur les actes lourds

Autres actes

- ✓ Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale Médecine douce
- ✓ Ostéopathe, chiropracteur et acupuncteur

Aides auditives

- ✓ Prothèses auditives
- ✓ Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Sécurité sociale

Optique

- ✓ Verres et monture
- ✓ Lentilles correctrices acceptées ou refusées par la sécurité sociale
- ✓ Chirurgie réfractive de l'œil

Dentaire

- ✓ Soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention
- ✓ Soins dentaires
- ✓ Prothèses dentaires
- ✓ Inlay/onlay
- ✓ Inlay core
- ✓ Autres soins prothétiques et prothèses dentaires
- ✓ Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ Implants dentaires (hors pilier, hors scanner)
- ✓ Parodontologie remboursée et non remboursée par la Sécurité sociale

Autres garanties et options possible :

Hospitalisation

- Chambre particulière
- Lit accompagnant

Soins courants

- Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale
- Contraceptif

Médecine douce

- Psychomotricien non pris en charge par la Sécurité sociale



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet du contrat.
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou la date de cessation des garanties.
- ✗ En cas d'hospitalisation ou de cure thermique, 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 ?

Principales restrictions liées 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** : 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 médicaux** : 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 par nuitée, lit accompagnant** : forfait par jour limité à 10 jours par année civile.
- ! **Chambre particulières** : forfait limité par jour.
- ! **Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, contraceptif, implants dentaires (hors piliers et scanner), parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, lentilles** : forfait limité par an et par bénéficiaire.
- ! **Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur** : forfait par séance limité à 4 séances par année civile. Le remboursement se fait sur présentation d'une facture.
- ! **Psychomotricien** : limité à trois séances maximum par an.
- ! **Chirurgie réfractive** : forfait limité par œil, par an et par bénéficiaire.
- ! **tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR).**
- ! **tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de notre part, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale.**



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties sont acquises aux assurés résidant :
 - En France et exerçant leur activité sur le territoire français, y compris les communautés, départements et régions d'outre-mer,
 - En France et exerçant leur activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française,
 - A l'étranger, exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français, y compris les communautés, départements et régions d'outre-mer, et affiliés au régime de Sécurité sociale français.
- ✓ Les garanties sont acquises au bénéfice des assurés en déplacement de moins de 3 mois, en dehors du territoire français, dans le cadre d'un séjour privé. Les soins effectués à l'étranger seront alors remboursés à la double condition :
 - 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

L'entreprise souscriptrice doit :

- transmettre les bulletins individuels d'affiliation remplis avec exactitude et signés par les assurés, indiquant notamment les ayants droit susceptibles de bénéficier des contrats,
- fournir à l'assureur la liste nominative des personnes assurables appelés à bénéficier des contrats.

En cours de contrat

L'entreprise souscriptrice s'engage à :

- déclarer chaque nouvelle affiliation à l'assureur,
- transmettre chaque trimestre les modifications de la situation professionnelle des salariés sur un bordereau fourni par l'assureur à cet effet,
- retourner à la fin de chaque trimestre en accompagnement du paiement des cotisations, le nombre d'assuré, la base de calcul des cotisations pour la période concernée et, pour les anciens salariés bénéficiant de la portabilité, la liste de ceux dont le contrat de travail cesse,
- adresser à la fin de chaque exercice civil, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel assuré précisant leur nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations et assiette de cotisation individualisée,
- régler les cotisations prévues aux contrats.

Pour le versement des prestations

L'entreprise souscriptrice doit fournir dans les délais prévus aux contrats tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour le contrat collectif à adhésion obligatoire (régime socle) :

La cotisation est payable trimestriellement par l'entreprise souscriptrice, à terme échu dans les dix premiers jours de chaque trimestre civil. L'entreprise souscriptrice est seule responsable du paiement des cotisations.

Pour les contrats collectifs à adhésion facultative (régimes extension ayants droit et surcomplémentaire) :

La cotisation est payable mensuellement d'avance par l'assuré, dans les dix premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement sur son compte bancaire ou par virement. L'assuré est seul responsable du paiement des cotisations.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début des contrats

Chacun contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières.

Durée et fin des contrats

Chaque contrat est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Ils se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise souscriptrice 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 adressés 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).

L'entreprise souscriptrice, dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative, a le droit de résilier le contrat après expiration d'un délai d'un an, sans frais ni pénalités. Il en est de même pour l'assuré qui, dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, a le droit de dénoncer son adhésion. La résiliation du contrat ou la dénonciation de l'adhésion prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'assureur de la notification.

Coordonnées utiles pour résilier le contrat :

Malakoff Humanis, Résiliation entreprises, 78288 GUYANCOURT CEDEX

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX
du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181

AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 €
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
351 733 761 RCS Paris