

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ET SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Malakoff Humanis Prévoyance

Produit : Entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes dite SDLM (IDCC 1404)



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 (Base, Option 1 et Option 2).

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit Entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiment, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes (dite SDLM) est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété le cas échéant par des contrats, extension conjoint et/ou enfant(s) et surcomplémentaire responsable, à adhésion facultative, souscrit(s) par une entreprise relevant de la branche SDLM (IDCC 1401) 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.

L'ensemble des contrats complémentaires « socle », « extension ayants droit » et « surcomplémentaire » santé 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 (Base / Option 1 / Option 2).

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 dans le contrat frais de santé

Hospitalisation

- ✓ Frais de séjour
- ✓ Honoraires dans le cadre et hors cadre d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Forfait hospitalier
- ✓ Forfait patient urgence
- ✓ Chambre particulière (y compris ambulatoire)
- ✓ Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)
- ✓ Frais d'accompagnement

Dentaire

- ✓ Soins et prothèses 100 % santé et soins autres que 100 % santé
- ✓ Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ Panier maîtrisé/libre
- ✓ Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale
- ✓ Inlays/onlays
- ✓ Implants

Optique

- ✓ Equipement 100 % santé et autre que 100 % santé (monture et verres)
- ✓ Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et appairage
- ✓ Lentilles prescrites remboursées ou non par la sécurité sociale (y compris jetables)
- ✓ Opération de l'œil

Aides auditives

- ✓ Equipement 100 % et autre que 100 % santé

Soins courants

- ✓ Consultation/visite généraliste
- ✓ Consultation/visite spécialiste dans le cadre et hors cadre d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Actes techniques médicaux dans le cadre et hors cadre d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Actes d'imagerie médicale dans le cadre et hors cadre d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Auxiliaires médicaux
- ✓ Analyses et examens de laboratoire
- ✓ Appareillage et prothèses médicales (hors aide auditive et optique)
- ✓ Frais de transport sanitaire
- ✓ Médicaments remboursés à 15 %/30 %/65 %/ par la Sécurité sociale
- ✓ Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ Assistance



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Pour les contrats complémentaire et surcomplémentaire santé :

- ✗ 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.
- ✗ Le total des remboursements ne peut excéder le montant des dépenses engagées
- ✗ Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.



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

Pour les contrats complémentaire et surcomplémentaire santé :

Le cas échéant, principales restrictions liées au caractère responsable du contrat :

- ! **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.
- ! **Chambre particulière** : prise en charge limitée à 90 jours par an en établissements spécialisés (psychiatrie).

Autres restrictions prévues aux contrats :

- ! **Chambre particulière** : Forfait par jour/bénéficiaire
- ! **Frais d'accompagnement** : Forfait par jour/bénéficiaire
- ! **Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale** : par an/bénéficiaire
- ! **Implants** : Forfait par an/bénéficiaire
- ! **Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale** : par an/bénéficiaire
- ! **Opération de l'œil** : Forfait par an/bénéficiaire
- ! **Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale** : par an/bénéficiaire
- ! **Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale** : Forfait par séance (4 max) /an/bénéficiaire



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties sont acquises aux bénéficiaires du contrat et notamment :
 - aux assurés résidant en France et exerçant leur activité sur le territoire français ;
 - aux assurés résidant 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 ;
 - aux assurés résidant à l'étranger, exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français et affiliés au régime de Sécurité sociale française.Les soins effectués à l'étranger seront remboursés en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectués en euros, selon les garanties prévues au contrat.
- ✓ Les garanties s'exercent également au bénéfice des assurés en déplacement de moins de trois 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 française ;
 - d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents).



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

Le souscripteur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée et doit transmettre les bulletins individuels d'affiliation remplis avec exactitude et signés par les assurés, indiquant notamment les ayants droit susceptibles de bénéficier du présent contrat.

Fournir à l'assureur la liste nominative des personnes assurables appelés à bénéficier des contrats.

Déclarer chaque nouvelle affiliation dans un délai de 30 jours à l'assureur.

En cours de contrat

Transmettre à la fin des trois premiers trimestres le bordereau des cotisations sur lequel doit figurer le nom des salariés entrés et sortis au cours du trimestre sauf si ces informations entrent dans le périmètre de la DSN, ainsi que la modification de la situation familiale des assurés, si celle-ci a changé.

Régler les cotisations prévues aux contrats.

Pour le versement des prestations

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour le contrat complémentaire socle collectif à adhésion obligatoire frais de santé :

La cotisation est payable trimestriellement par l'entreprise souscriptrice, à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil.

Pour les contrats complémentaire extension conjoint et/ou enfant(s) et surcomplémentaire collectifs à adhésion facultative frais de santé :

La cotisation est payable mensuellement d'avance par l'assuré, dans les quinze premiers jours de chaque mois civil.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour le contrat complémentaire « socle » collectif à adhésion obligatoire santé :

Début du contrat

Les garanties prennent effet à la date d'effet du contrat, sous réserve qu'il soit régularisé et retourné signé à l'organisme assureur dans les deux mois suivants sa date d'émission et peut être résilié dans les conditions prévues au contrat.

Fin du contrat

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

La couverture de l'assuré prend fin à la date de cessation de son affiliation et en tout état de cause à la résiliation selon les conditions prévues au contrat.

Pour les contrats complémentaire « extension conjoint et/ou enfant(s) » et « surcomplémentaire » collectifs à adhésion facultative frais de santé :

Début du contrat

Les contrats prennent effet à la même date que le contrat complémentaire socle, sous réserve qu'ils soient régularisés et retournés signés à l'organisme assureur dans les deux mois suivants leur date d'émission.

Fin du contrat

Les contrats sont résiliés de plein droit en cas de résiliation du contrat complémentaire « socle » collectif à adhésion obligatoire santé.

Les contrats se renouvellent par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année et peuvent être résiliés dans les conditions prévues à chaque contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le souscripteur 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 adressée 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 dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative a le droit de résilier le contrat ou l'assuré dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative a le droit de dénoncer l'affiliation, après expiration d'un délai d'un an, 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.

Coordonnées utiles pour résilier le contrat :

Malakoff Humanis, Résiliation entreprises 78288 GUYANCOURT CEDEX