

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

Nom du produit : MALAKOFF HUMANIS SANTE AGRICOLE



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 remboursements seront détaillés dans le tableau des garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé «Malakoff Humanis Santé Agricole» est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété le cas échéant par un contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire ou facultative, souscrit(s) par une entreprise, relevant de l'Accord national du 10 juin 2008 sur la protection sociale en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, au profit de ses salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droits 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 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. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré

Garanties systématiquement prévues :

- ✓ **L'hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait pour acte lourd, frais de chambre particulière, frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans
- ✓ **Les soins courants** : consultations et visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux analyses et examens de laboratoire, actes d'imagerie médicale, forfait pour acte lourd, matériel médical, petite chirurgie et acte de spécialité, transport remboursé par la Sécurité sociale
- ✓ **Médicaments** : médicaments remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Les prothèses médicales** : appareillage (hors auditif)
- ✓ Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac
- ✓ **Le dentaire** : soins, prothèses dentaires, orthodontie et parodontologie remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **L'optique** : verres et monture, lentilles correctives (remboursées ou non par la Sécurité sociale)
- ✓ **Maternité / Adoption** : Allocation forfaitaire
- ✓ **Médecine additionnelle et de prévention** : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue
- ✓ **Les cures thermales** : honoraires et soins remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Le tiers payant**
- ✓ **Actes de prévention**

Les garanties optionnelles :

- **Dentaire** : parodontologie et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale, couronnes et bridges
- vaccins non remboursés par la sécurité sociale
- **Optique** : chirurgie réfractive
- **Les cures thermales** : transport et hébergement remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA

L'assistance :

- ✓ Les garanties d'assistance sont assurées par AUXIA Assistance International 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 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 du remboursement** 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 lequel le patient n'a pas accordé l'autorisation au dossier médical personnel
- ! **Dépassements d'honoraires** : plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ! **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 des garanties

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 d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans limité à 365 jours par an dans le cadre d'une hospitalisation médicale (180 jours par an en cas de séjour en psychiatrie)
- ! **Optique** : Pour les lentilles remboursées : prise en charge plafonnée par an et par bénéficiaire
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à un plafond annuel en euros (safu pour les soins courants, inlays-onlays, prothèses dentaires)
- ! **Médecine douce** : remboursement plafonné par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ 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'Etranger) 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 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 :

- 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).

Pour le contrat complémentaire collectif facultatif et le contrat surcomplémentaire collectif :

- La cotisation est payable d'avance selon la périodicité choisie (mensuelle, trimestrielle ou annuelle) pour ces deux contrats lorsque le contrat surcomplémentaire collectif est facultatif. Lorsque ce dernier est obligatoire, la cotisation est payable trimestriellement à terme échu.
- Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique.



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.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

Début du contrat :

Le contrat surcomplémentaire prend effet à la même date que le contrat principal ou postérieurement à celui-ci, en cours d'exécution du contrat complémentaire collectif obligatoire et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Fin du contrat :

Le contrat surcomplémentaire est résilié de plein droit en cas de résiliation du contrat complémentaire santé.



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 une recommandé électronique à l'organisme assureur.