

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE 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 : Convention Collective Nationale de l'hôtellerie de plein air



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 « Convention Collective Nationale de l'hôtellerie de plein air » est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété le cas échéant par un contrat surcomplémentaire collectif facultatif, souscrits par une entreprise relevant de la Convention collective nationale de l'hôtellerie de plein air, destinés 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.

Les contrats complémentaire et surcomplémentaire santé respectent 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 hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale, participation forfaitaire sur les actes techniques coûteux, forfait patient urgences.
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires, soins remboursés par la Sécurité sociale (soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie, inlay/onlay), orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : verres et montures, lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale, lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aide auditive** : appareils auditifs, accessoires et fournitures.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, consultations, visites et consultations en ligne chez les généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, participation forfaitaire sur les actes techniques coûteux, actes d'imagerie médicale, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, matériel médical (appareillage et prothèses médicales hors aides auditives), frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné – hors SMUR), médicaments remboursés par la Sécurité sociale, dispositif MonPsy
- ✓ **Tiers payant**
- ✓ **Réseau de soins.**

Les garanties optionnelles :

Hospitalisation : chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale, lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans non remboursé par la Sécurité sociale.

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 des contrats.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ 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, de manière inopinée et non programmée.



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

Principales exclusions :

! Les actes référencés ou non par la Sécurité sociale, et non remboursés par cet organisme sauf mention contraire au contrat.

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** : 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).
 - ! **Aide 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 :
- ! **Hospitalisation** : frais de chambre particulière, de lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 16 ans : prise en charge limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie.
 - ! **Optique** : lentilles non remboursées par la Sécurité sociale : forfait par an, 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 (neutres) ne donne pas lieu à remboursement de notre part, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ À l'étranger lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois, ou à l'occasion d'un détachement. Ces soins sont pris en charge sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale et qu'ils aient été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.



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 :

L'entreprise doit adresser à l'organisme assureur dans un délai maximum de trente jours après la date d'effet du contrat :

- la liste nominative du personnel assurable avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, date et lieu de naissance, de sa situation de famille.

La liste précitée doit impérativement indiquer si le contrat de travail est suspendu, avec indication de la date d'effet de la suspension et du motif ou si l'assuré bénéficie du dispositif « cumul emploi-retraite ».

- les formulaires individuels d'affiliation doivent être régularisés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables à la date d'effet du contrat.

Le souscripteur doit déclarer tous les assurés au contrat dont ses anciens salariés bénéficiant d'un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la portabilité.

Le souscripteur s'engage à remettre à chaque salarié la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

En cours de contrat :

Le souscripteur doit déclarer les mouvements de ses effectifs entrant et sortant dans la catégorie assurée et signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés :

Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

A défaut de déclaration par les flux DSN, le souscripteur doit dans un délai de trente jours après la date de l'événement :

- transmettre à l'organisme assureur, à la fin de chaque exercice civil et au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel assuré précisant : leurs nom, prénom, date et lieu de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice,
- informer de la suspension des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties,
- informer de la rupture des contrats de travail et du motif de celle-ci pour les salariés éligibles au maintien des garanties prévues « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) »,
- informer du décès de ses salariés.
- s'assurer que les formulaires individuels d'affiliation soient régularisés par la totalité des nouvelles personnes répondant à la définition des personnes assurables,
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés.

Si les éléments d'affiliation ne sont pas transmis à l'organisme assureur dans le délai de trente jours après la date de l'événement ou s'ils sont incomplets, l'affiliation ne prend effet qu'après l'accord exprès de l'organisme assureur et à compter de la date prévue dans celui-ci.

- Régler les cotisations prévues au contrat.
- S'engager à porter à la connaissance de chacun des assurés couverts par le contrat, 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.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour le contrat socle 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 dans les 15 jours qui suivent l'échéance.
- Le règlement des cotisations s'effectue par l'entreprise souscriptrice notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire ou par la DSN.
- Pour l'extension des garanties aux membres de la famille de l'assuré : les cotisations sont recouvrées auprès de l'entreprise souscriptrice ou l'assuré selon le choix opéré par l'entreprise souscrite sur le contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

- Lorsque l'appel des cotisations du contrat est effectué auprès de l'assuré, les cotisations, calculées annuellement, sont recouvrées selon la périodicité indiquée sur le formulaire individuel d'affiliation.
- Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'entreprise souscriptrice, la cotisation, calculée annuellement, est payable trimestriellement à terme échu dans les 15 jours qui suivent l'échéance. Le règlement des cotisations s'effectue par l'entreprise souscriptrice notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire ou par la DSN.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour le contrat socle collectif obligatoire :

Début du contrat :

Le contrat prend effet à la date indiquée au sein du contrat d'adhésion ou aux conditions particulières 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 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 facultatif. La résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif n'emporte pas la résiliation du contrat socle collectif obligatoire

Pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

Début du contrat :

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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 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. Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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 adressé deux 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.