

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par Macif-Mutualité, mutuelle enregistrée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité. SIREN n°779 558 501

Produit : contrat ASSUR-BP SANTÉ COLLECTIVE (contrat collectif à adhésion obligatoire)



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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. Les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat collectif à adhésion obligatoire Assur-BP Santé Collective est souscrit par l'employeur au profit de ses salariés et de leurs éventuels ayants droit affiliés. Le salarié peut étendre la couverture à ses ayants droit s'ils ne sont pas couverts à titre obligatoire. Le contrat est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ces garanties sont mises en œuvre en complément de la Sécurité sociale française, sauf exceptions prévues au tableau de garanties. Le produit respecte 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 garanties choisi et qui figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : frais de séjour, actes en secteur hospitalier, honoraires, forfait journalier.
- ✓ **Frais médicaux courants** : visites et consultations médecins, actes de chirurgie et de spécialité, examens de radiologie, auxiliaires médicaux, analyses, pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale, actes de prévention.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses ou orthodontie remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillage et autres frais** : petit appareillage et accessoires, prothèses (orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires) et grand appareillage inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP), frais de transport.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière et lit accompagnant.
- Ostéopathie, forfait global (étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicurie et podologie).
- Pharmacie remboursée à 30% ou 15%, vaccin antigrippe non remboursé, pilule contraceptive non remboursée.
- Chirurgie réfractive de l'œil.
- Prothèses, implants dentaires, parodontie et endodontie non remboursés par la Sécurité sociale.
- Cures thermales remboursées (honoraires, soins, frais de transport, hébergement).
- Prime naissance ou adoption.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de naissance ou d'adoption, de pathologies lourdes et en cas d'obsèques.
- ✓ Assistance dédiée aux aidants.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseaux de soins Santéclair.
- ✓ Tiers payant.

Les garanties ou services précédés d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les frais non pris en charge par l'assurance maladie et non pris en charge au titre du tableau de garanties.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.
- ! La majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! Tous les actes non pris en charge par le régime obligatoire sauf dérogations prévues au tableau de garanties.
- ! Les frais d'hébergement et de traitement exposés en établissement de post-cure.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT

- ! **Chambre particulière** : hors psychiatrie et ambulatoire et pour une hospitalisation d'au moins une nuit.
- ! **Lit accompagnant** : pour les enfants ayants droit de moins de 16 ans et pour une hospitalisation d'au moins une nuit.
- ! **Dentaire** : les prothèses dentaires et implants non remboursés sont pris en charge sous réserve d'être inscrits à la nomenclature de la Classification commune des actes médicaux (CCAM).
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue et enfants mineurs (un remboursement tous les ans).
- ! **Forfait global "étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicurie et podologie"** : forfait unique annuel pour l'ensemble des spécialités mentionnées.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les assurés sont couverts en France et à l'étranger.
- ✓ Pour les soins dispensés à l'étranger, le remboursement par l'assureur se fait en France et en euros sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale française et selon la formule de garanties souscrite, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie, doivent être respectées les obligations suivantes :

À la souscription :

- l'employeur doit signer les conditions particulières ;
- l'employeur doit faire signer au salarié le bulletin individuel d'affiliation et lui remettre la notice d'information contre récépissé ;
- le salarié doit remplir avec exactitude et signer le bulletin d'affiliation accompagné des justificatifs demandés, sauf mise en jeu d'un cas de dispense d'affiliation.

Durant le contrat :

- l'employeur doit payer la cotisation du contrat obligatoire, l'éventuelle part restant à la charge du salarié est précomptée sur la fiche de paye. La cotisation des ayants droit non couverts à titre obligatoire est à la charge du salarié ;
- l'employeur doit informer l'assureur de tout changement de situation et doit lui faire parvenir la déclaration sociale nominative (DSN) ;
- le salarié doit informer l'assureur de tout changement de situation (ex. : coordonnées bancaires, situation familiale, etc.).

En cas de sinistre :

- le salarié doit faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale ou suivant la date des soins pour les frais non remboursés ;
- le salarié doit fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation du contrat obligatoire, fixée aux conditions particulières, est mensuelle et payable à terme échu. L'entreprise souscriptrice peut la régler mensuellement ou trimestriellement, par chèque (paiement trimestriel uniquement) ou mandat de prélèvement SEPA, selon les modalités prévues au contrat. L'entreprise peut également opter pour le dispositif Titre Emploi Service Entreprise (TESE).

Le salarié assure la charge financière et le paiement de la cotisation afférente à la couverture facultative de ses éventuels ayants droit affiliés. Les modalités de règlement de la cotisation sont définies dans le bulletin d'affiliation. Le règlement peut se faire par mandat de prélèvement SEPA (mensuel, trimestriel ou annuel) ou par chèque (paiement annuel uniquement). Les cotisations sont payables d'avance.

En tout état de cause, le paiement de la cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour l'employeur : le contrat collectif prend effet à la date fixée aux conditions particulières. Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Pour le salarié, le contrat prend effet : soit, au plus tôt, à la date d'effet du contrat collectif ; soit dès la date d'appartenance au groupe assuré précisé au bulletin d'affiliation ; soit à la date mentionnée au bulletin d'affiliation, en cas d'affiliation faisant suite à la fin d'une mise en jeu d'un cas de dispense.

Pour le salarié, les garanties cessent : soit à la date de cessation de l'appartenance au groupe assuré ; soit à la date à laquelle prend fin la période de portabilité ; soit en cas de non-paiement par l'entreprise des cotisations dans les conditions définies au contrat ; soit à la date de résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le présent contrat étant un contrat à adhésion obligatoire, l'entreprise souscriptrice dispose du pouvoir de le résilier à l'échéance annuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant cette date, le cachet de la poste faisant foi. La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit.

S'agissant d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le salarié de l'entreprise souscriptrice est tenu d'être affilié, sauf mise en jeu d'un cas de dispense d'affiliation prévus par la réglementation.

En cas de couverture facultative des ayants droit, le salarié affilié peut demander la radiation de l'assurance de tout ou partie ses ayants droit affiliés. Cette radiation prend effet au 31 décembre de l'année de la demande.

Formules de prestations

La formule de prestations retenue par votre entreprise est précisée au bulletin d'affiliation.

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées, conformément à la loi. Les pourcentages sont exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale. **Les garanties ci-dessous s'entendent sous déduction des prestations versées par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale. Les prestations du contrat facultatif s'entendent également sous déduction du contrat santé de base.**

PRESTATIONS	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	MÉDIANE	CONFORT	ÉTENDUE	PERFORMANCE
HOSPITALISATION (y compris maternité)						
Frais de séjour	100 %	100 %	Frais réels ⁽¹⁾	Frais réels ⁽¹⁾	Frais réels ⁽¹⁾	Frais réels ⁽¹⁾
Actes en secteur hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires chirurgicaux et médicaux (adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Honoraires chirurgicaux et médicaux (non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %	160 %
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (hors psychiatrie et ambulatoire)	-	40 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	90 € / jour
Lit d'accompagnant (enfant ayant droit de moins de 16 ans)	-	15 € / jour	15 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
⁽¹⁾ Les frais de séjour en établissement non conventionné sont limités à 400 % de la Base de Remboursement						
FRAIS MÉDICAUX COURANTS						
Adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : ● consultations et visites (généralistes et spécialistes) ● actes de chirurgie et de spécialité ● examens de radiologie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : ● consultations et visites (généralistes et spécialistes) ● actes de chirurgie et de spécialité ● examens de radiologie	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %	160 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Analyses - Actes de biologie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Ostéopathie	-	30 € la séance limité à 2 / an	35 € la séance limité à 2 / an	40 € la séance limité à 2 / an	45 € la séance limité à 2 / an	50 € la séance limité à 2 / an
Forfait global : étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathe, pédicure et podologie	-	20 € / an	25 € / an	50 € / an	75 € / an	100 € / an
Pharmacie						
- remboursée à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- remboursée à 30 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- remboursée à 15 %	-	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccin antigrippe non remboursé	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Pilule contraceptive non remboursée	-	20 € / an	40 € / an	60 € / an	80 € / an	100 € / an
Actes de prévention visés par l'arrêté du 8/06/06	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
OPTIQUE ^{(2) (3)}						
Verres simples*	35 € / verre	50 € / verre	60 € / verre	75 € / verre	90 € / verre	110 € / verre
Verres complexes*	85 € / verre	110 € / verre	125 € / verre	140 € / verre	160 € / verre	210 € / verre
Monture	30 €	50 €	80 €	100 €	120 €	150 €
⁽²⁾ Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement tous les 2 ans, à partir de la date d'équipement, par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où le nombre d'équipements est limité à 1 tous les ans.						
Lentilles (remboursées ou non)	100 %	120 € / an	130 € / an	140 € / an	150 € / an	170 € / an
Chirurgie réfractive	-	100 € / œil	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil
⁽³⁾ Les forfaits en euros indiqués ci-dessus incluent le remboursement du ticket modérateur lorsqu'il est prévu.						
DENTAIRE						
Soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées	125 %	125 %	200 %	300 %	400 %	500 %
Prothèses non remboursées	-	125 € / an	250 € / an	350 € / an	500 € / an	600 € / an
Orthodontie remboursée	125 %	125 %	200 %	300 %	400 %	500 %
Implants dentaires non remboursés	-	125 € / an	250 € / an	350 € / an	500 € / an	600 € / an
Parodontie/Endodontie non remboursées	-	100 € / an	150 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
APPAREILLAGE / AUTRES FRAIS						
Petit appareillage et accessoires, prothèses (orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires) et grand appareillage	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %	400 %
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales (honoraires - soins - frais de transport - hébergement)	-	100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €	100 % + 500 €
Prime naissance ou adoption	-	100 € / enfant	150 € / enfant	200 € / enfant	300 € / enfant	400 € / enfant
ASSISTANCE À DOMICILE INCLUSE dans toutes les formules						

* Pour l'application de la garantie optique, sont considérés comme :

- verres simples : les verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
- verres complexes : les verres dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ainsi que les verres multifocaux ou progressifs.