

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Le contrat est assuré par Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°779 558 501, dont le siège social se situe au 17-21 place Étienne Pernet - 75015 Paris cedex 15

Produit : contrat COMPLÉMENTAIRE SANTÉ CCN DES CABINETS OU ENTREPRISES D'EXPERTISES EN AUTOMOBILE

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. En particulier, 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 Complémentaire santé CCN des Cabinets ou entreprises d'expertises en automobile est souscrit par l'employeur au profit de ses salariés et de leurs éventuels ayants droit affiliés. Le contrat est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. 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 figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires chirurgicaux et médicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, chambre particulière, lit d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux (consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes), acte de chirurgie et spécialité, analyse et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, actes de radiologie, consultations de psychologues remboursées par la Sécurité sociale, médecine douce (acupuncture, chiropractie, ostéopathie), médicaments (pharmacie remboursée à 65 %, 30 % et 15 % par la Sécurité sociale), matériel médical, vaccins non remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires 100 % Santé telles que définies réglementairement, soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale, prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale, Inlay-Onlay remboursés par la Sécurité sociale, orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale, implantologie.
- ✓ **Optique** : équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, autres verres et montures, lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive.
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100 % Santé (dits de classe I) tels que définis réglementairement, autres équipements auditifs remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Autres remboursements** : frais de transport remboursés par la Sécurité sociale, cures thermales (honoraires, soins, hébergement et frais de transport).

LA GARANTIE OPTIONNELLE

Dentaire : parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale"

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de maternité ou de décès.
- ✓ Assistance dédiés aux aidants.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins.
- ✓ 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 la Sécurité sociale 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 maisons d'accueil spécialisées et 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 soin.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière et lit accompagnant** : la prise en charge de la chambre particulière et du lit d'accompagnant est accordée en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit.
- ! **Optique** : remboursement limité à 1 équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement.
- ! **Dentaire** : les implants dentaires et l'orthodontie non remboursée sont pris en charge au titre du contrat sous réserve d'être inscrits à la nomenclature de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).
- ! **Ostéopathie, chiropractie, acupuncture** : forfait par acte dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire pour l'ensemble des disciplines.
- ! **Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale** : le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les assurés sont couverts en France (départements et régions d'outre-mer inclus) 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 quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Les garanties d'assistance s'appliquent en France.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, l'adhérent doit :

À la souscription :

- relever de la CCN des cabinets ou entreprises d'expertises en automobile ;
- l'employeur doit signer les conditions particulières ;
- l'employeur opte pour une des trois formules de garantie et la formule choisie s'applique aux salariés ainsi qu'à ses éventuels ayants droit ;
- l'employeur doit faire signer au salarié le bulletin individuel d'affiliation et lui remettre la notice d'information ainsi que le document d'information sur le produit d'assurance 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 paie ; 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.) ;
- le salarié doit, en cas de suspension du contrat de travail sans maintien partiel ou total de salaire, manifester auprès de l'assureur sa volonté de maintenir sa couverture frais de santé dans le mois qui précède cette suspension ;
- le salarié doit, en cas de maintien des garanties au titre du mécanisme de portabilité, justifier auprès de l'assureur, lors de la cessation du contrat de travail et au cours de la période de maintien des garanties, du fait qu'il remplit les conditions mentionnées dans la notice d'information détaillée ;
- le salarié doit fournir chaque année les pièces justificatives de la qualité d'ayant droit des enfants assurés sociaux.

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 mandat de prélèvement SEPA, par télépaiement via la Déclaration Sociale Nominative ou à défaut, par chèque (paiement trimestriel uniquement), 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, à défaut, 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 fixés 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 contrat étant un contrat à adhésion obligatoire, l'entreprise souscriptrice peut le résilier à l'échéance annuelle en respectant un préavis d'au moins deux mois avant l'échéance. La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit. L'employeur peut également résilier le contrat à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de sa première souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande. Dans tous les cas, la demande de résiliation doit être faite par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité notamment par courrier postal ou électronique.

S'agissant d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le salarié de l'entreprise souscriptrice est tenu d'être affilié, sauf mise en 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 ses ayants droit affiliés. Cette radiation prend effet le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande.

Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !

