

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Predica – Société d'assurance agréée en France par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR – 4, place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09), sous le numéro 00780502.

Assisteur : EUROP ASSISTANCE – SA au capital de 46 926 941 €, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 451 366 405, entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est sis 1 Promenade de la Bonnette - 92230 GENNEVILLIERS.

Nom du produit : Santé Collective Standard

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 produit d'Assurance Complémentaire Santé est un contrat d'assurance de groupe souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés qui acquièrent la qualité d'assurés. Il est destiné à permettre le remboursement, pendant la période de garantie, de tout ou partie des frais de santé restant à la charge du salarié assuré en cas de maladie, d'accident ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables.

Selon les dispositions applicables au contrat, les membres de la famille du salarié sont couverts soit à titre obligatoire, soit à titre facultatif.

Par ailleurs, le salarié peut souscrire une option facultative lui permettant d'améliorer le niveau de ses garanties.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des remboursements sont soumis à des plafonds fixés par le contrat souscrit par l'employeur, qui sont reportés dans le tableau annexé à la notice d'information. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires médecins, franchise hospitalière, forfait journalier actes lourds
- ✓ **Soins courants** : honoraire médecins, actes techniques médicaux et actes de radiologie, médicaments à service médical rendu (SMR) élevé, service médical rendu modéré, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, transport, matériel médical
- ✓ **Optique** : équipement 100 % Santé, équipement hors 100 % Santé, lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% Santé, soins dentaires dont prévention hors 100% Santé, inlay-onlay hors 100% Santé, prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors 100% Santé, orthodontie remboursée, endodontie, parodontologie
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100% Santé et hors 100 % Santé
- ✓ **Autres soins** : Honoraires de cures thermales remboursées par la Sécurité sociale, actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale

#### GARANTIES POUVANT ETRE PREVUES SELON LE CONTRAT OU ACCESSIBLES A TITRE OPTIONNEL

- ✓ **Hospitalisation** : Chambre particulière, frais d'accompagnant, garantie Hospitalisation longue durée
- ✓ **Soins courants** : médicaments à service médical rendu faible, médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique** : chirurgie réfractive
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale, implantologie
- ✓ **Autres soins** : consultation de médecines douces appartenant à la liste figurant dans la notice d'information, cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (transport et hébergement), allocation naissance

#### SERVICES ET ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Tiers payant** auprès des praticiens qui l'acceptent
- ✓ **En cas d'hospitalisation** imprévue d'au moins 24h, ambulatoire entraînant une immobilisation de 5 jours minimum, ou programmée d'au moins 5 jours : aide-ménagère, garde des enfants de moins de 15 ans, veille des ascendants à charge, assistance aux animaux de compagnie...
- ✓ **Cellule d'accompagnement à distance (application/téléphone) en cas d'hospitalisation**
- ✓ **En cas d'affection de longue durée** : services et aide à domicile (1500 € / an max), transports et autres services (1500 € / an max)
- ✓ **Téléconseil santé et téléconsultation** (orientation et prescription)
- ✓ **Accompagnement téléphonique des aidants**



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de l'adhésion au contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale sauf s'ils sont explicitement mentionnés dans la notice d'information
- ✗ Les frais de séjour et les soins effectués dans des établissements et dans les unités de long séjour ou les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)



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

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et le transport
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont engagées hors du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

#### AUTRES EXCLUSIONS

- ! Les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées, les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance sauf en cas d'affection longue durée
- ! Toute maladie ne faisant pas l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale en cas d'affection longue durée

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Médecine douce** : limite de 80 € par séance et de 6 séances par an
- ! **Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale** : limite de 220 € par an
- ! **Téléconsultation** : uniquement possible en cas d'indisponibilité du médecin traitant
- ! **Affection de longue durée** : dans la limite d'une par année civile et si Immobilisation d'au moins 5 jours à Domicile ou Hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou Hospitalisation prévue de plus de 5 jours du fait de l'affection longue durée



## Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie s'exerce en France et à l'étranger  
Les frais de soins de santé engagés à l'étranger sont pris en charge uniquement s'ils ont été remboursés par la Sécurité sociale française  
Les frais de soins et équipements non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont remboursables que s'ils ont été engagés en France
- ✓ Les prestations d'assistance à domicile sont valables en France métropolitaine, Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane et Mayotte si l'assuré y réside et à 50 km du domicile et à l'étranger à l'exclusion de la Corée du Nord, Syrie, Crimée, Iran et Venezuela (liste des pays non couverts mise à jour sur le site de l'assureur)



## Quelles sont mes obligations ?

- **A la souscription du contrat**
  - Adresser à l'assureur :
    - un état nominatif des salariés indiquant nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et situation de famille et pour chacun un bulletin individuel d'adhésion complété et signé, accompagné des pièces justificatives sollicitées
    - la liste des salariés en arrêt de travail ou bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale
  - Faire adhérer les salariés au contrat
  - Remettre aux salariés une notice d'information établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre
- **En cours de vie du contrat**
  - Notifier à l'assureur les entrées et les sorties des salariés (date de prise d'effet de leur contrat de travail, date et motif du départ), les cas de suspension de contrats de travail, ainsi que les modifications éventuelles de leur situation de famille
  - Informer l'assureur en cas de dépôt de déclaration de cessation des paiements au greffe du tribunal compétent ou d'ouverture d'une procédure collective
  - Remettre aux salariés embauchés une notice d'information établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre
  - Informer par écrit les salariés des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur
- **En cas de sinistre**
  - Les salariés garantis par le contrat envoient directement leurs demandes de remboursement via un flux sécurisé dit NOEMIE ou leurs factures directement à l'assureur.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont dues par le souscripteur et payables à l'assureur mensuellement ou trimestriellement à terme échu
- Le paiement des cotisations s'effectue par DSN, virement bancaire ou prélèvement SEPA



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

### Prise d'effet du contrat

- A la date figurant aux conditions particulières, débutant automatiquement un 1<sup>er</sup> du mois

### Durée du contrat

- La durée du contrat est d'un an. Il est reconduit de plein droit pour une période annuelle au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sauf résiliation par une des parties



## Comment le contrat peut-il être résilié ?

- Le souscripteur ou l'assureur peut résilier le contrat, tous les ans, par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant la fin de l'année civile, le cachet de la poste faisant foi
- L'Assureur peut également mettre fin au contrat en cas de non-paiement des cotisations selon les dispositions figurant au contrat
- Le souscripteur peut résilier le contrat à tout moment, par lettre ou tout autre support durable à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription. La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par le souscripteur.