

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit avant examen de 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 produit La Complémentaire Santé Collective - Référence est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. 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 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 des assurés.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** Consultations, analyses médicales, radiologie, auxiliaires médicaux, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, orthopédie, vaccin antigrippe.
- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✓ **Frais dentaires :** Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique :** Consultations, lunettes (monture et verres) et lentilles.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale :** Prothèses, orthèses, aides auditives.
- ✓ **Actes de prévention dans le cadre du contrat responsable :** Soins dentaires et consultations, vaccins.
- ✓ **Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale :** soins, hébergement et transport.

GARANTIES OPTIONNELLES

- Médicaments prescrits mais non remboursés.
- Chambre particulière, lit accompagnant.
- Prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale, implantologie, parodontologie.
- Chirurgie de l'œil au laser.
- Allocation maternité, Fécondation In Vitro (FIV), amniocentèse non remboursée.
- Forfait prévention (sur prescription uniquement).
- Médecine alternative : l'ostéopathie, la chiropractie, l'étiopathie, la naturopathie, l'acupuncture, les actes de pédicurie-podologie effectués par un pédicure-podologue assermenté.

SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Réseau de soins :** Carte Blanche Partenaires (réductions tarifaires chez les opticiens et audioprothésistes partenaires).
- ✓ **Téléconseil et téléconsultation :** MédecinDirect.

ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Informations santé et services à la personne.
- ✓ En cas d'immobilisation à domicile : Services d'aide à Domicile, livraison de matériel médical ou médicaments.
- ✓ En cas d'hospitalisation : Aide pédagogique de l'enfant, aide au retour à la vie professionnelle, accompagnement psychologique.
- ✓ Transport de corps, coordination des obsèques, frais funéraires.
- ✓ Rapatriement ou transport sanitaire.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les frais engagés pour les séjours dans les établissements ou services suivants : hélimarins, ou de thalassothérapie, de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les centres hospitaliers pour les personnes âgées dépendantes.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Les cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication.



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, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique :** Limité à un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour lesquels un renouvellement anticipé est possible.
- ! **Aides auditives :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans.
- ! **Dentaire :** Prise en charge limitée à 1 500€ ou 3 000€ par an en fonction du niveau de garantie choisi.
- ! **Chambre particulière :** Limité à 30€, 50€ ou 75€ par jour en fonction du niveau de garantie choisi.
- ! **Lit accompagnant :** Limité à 45€ par jour en fonction du niveau de garantie choisi.
- ! **Consultations et visites de psychiatres ou neuropsychiatres :** Limité à 52 consultations par année d'affiliation et par assuré.
- ! **Hospitalisation :**
 - Hospitalisation pour affections psycho-pathologiques : garanties limitées à 90 jours par année civile et par assuré.
 - Séjours en maison de repos ou convalescence : Couverture uniquement si faisant suite à hospitalisation et médicalement ordonnés. Limité à 30 jours par assuré par année d'affiliation.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Las assurés sont couverts en France et à l'étranger si la durée du séjour ne dépasse pas trois mois consécutifs.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude la Demande d'Adhésion fournie par l'assureur.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Remettre la Notice d'Information à l'ensemble des salariés assurés.

En cours de contrat :

- Payer la cotisation.
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 15 jours qui suivent la connaissance que l'adhérent a de l'un de ces événements :
 - Changement de situation : changement d'adresse, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie, ajout d'un établissement.
 - Changement de domaine d'activité : dans ce cas, l'adhérent doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.
 - Affiliation ou radiation d'un salarié.
- En cas de salarié invoquant un droit de dispense : demander et conserver une demande de dispense écrite de la part du salarié concerné.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables au jour figurant dans la Demande d'Adhésion.
- Elles sont payables mensuellement.
- Le règlement est effectué par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières et est fixée d'un commun accord sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'assureur.
- En cas de contrat conclu à distance, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au moins 60 jours avant cette date,
- En cas de modification de votre situation vous amenant à ne plus être éligible au contrat,
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 60 jours qui suivent la date de notification de la modification.