

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

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 : 312030

Nom du produit : CCN TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL



malakoff médéric
humanis

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

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 « CCN TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL » est un contrat complémentaire collectif obligatoire, complété le cas échéant par un contrat surcomplémentaire collectif facultatif, souscrit(s) par une entreprise relevant de la branche TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL (IDCC 1316) destiné 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.

Le(s) contrat(s) complémentaire et surcomplémentaire santé respecte(nt) 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** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitaliser, forfait pour acte lourd, frais d'accompagnement pour les enfants de - de 16 ans
- ✓ **Soins de ville** : consultations et visites généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales et imagerie, petite chirurgie et actes de spécialité, participation forfaitaire pour les actes coûteux
- ✓ **Pharmacie** : pharmacie remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ **Transport** : transport remboursé par la Sécurité sociale
- ✓ **Prothèses médicales** : appareillage (hors auditif) / appareillage auditif (y compris piles et entretien de la prothèse remboursée par la Sécurité sociale)
- ✓ **Dentaire** : soins, inlays - onlays, prothèses dentaires, orthodontie et parodontologie remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique** : verres et monture, lentilles correctives remboursées ou non par la Sécurité sociale
- ✓ **Allocation forfaitaire** : forfait pour cure thermale remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ **Médecine douce** : homéopathie, ostéopathie, chiropractie,
- ✓ **Le tiers payant**
- ✓ **Prévention et services**

Les garanties optionnelles :

Hospitalisation : frais de chambre particulière (y compris ambulatoire), frais d'accompagnement d'un enfant de - 16 ans

Maternité/Adoption : allocation forfaitaire

Dentaire : implants, couronnes provisoires, prothèses, orthodontie et parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale

Optique : verres et monture, lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables) ; Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)

L'assistance : les garanties d'assistance sont assurées par « Filassistance » 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 du (des) contrat(s).
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.



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

Principales exclusions :

! Les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements esthétiques.

Principales restrictions relatives au contrat responsable (y compris pour les contrats ou formules non responsables):

! **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**: prise en charge d'un équipement (verres et monture) tous les deux ans, réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par l'évolution de la vue

! **Dépassements d'honoraires** : plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Autres restrictions :

Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements

! **Hospitalisation** : lit accompagnant limité au moins de 16 ans sur prescription médicale, chambre particulière : forfait en % du PMSS par jour d'hospitalisation

! **Optique** : lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables) : forfait en % du PMSS par an et par bénéficiaire, chirurgie réfractive : forfait par œil/an /bénéficiaire

! **Médecine douce** : forfait par séance, par an et par bénéficiaire

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29 Boulevard Edgar Quinet, 75014.

Filassistance International, Société Anonyme au capital de 3 500 000€, régie par la Code des assurance, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud cedex



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ À l'étranger (séjours temporaires, salariés détachés, résidents à l'étranger), dans la mesure où la Sécurité sociale française (hors CFE Caisse des Français de l'Étranger) ou le régime du pays d'accueil prend en charge les frais engagés. Le remboursement se fait alors sur la base de la Sécurité sociale française quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle :

A la souscription :

Le souscripteur doit :

- Transmettre les bulletins individuels d'affiliation remplis avec exactitude et signés par les assurés, indiquant notamment les ayants droit susceptibles de bénéficier du (des) contrat(s).
- Fournir à l'organisme assureur la liste des salariés membres de la catégorie assurée, appelés à bénéficier du (des) contrat(s).
- Déclarer chaque nouvelle affiliation dans un délai de 30 jours à l'organisme assureur.
- S'engager à remettre à chaque assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

En cours de contrat :

Le souscripteur doit :

- Transmettre à la fin des trois premiers trimestres le bordereau des cotisations sur lequel doit figurer le nom des affiliés entrés et sortis au cours du trimestre, ainsi que la modification de leur situation familiale, si celle-ci a changé.
- Régler les cotisations prévues au(x) contrat(s).
- S'engager à porter à la connaissance de chacun des assurés couverts par le(les) contrat(s), 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 au(x) contrat(s).



Quand et comment effectuer les paiements

Pour le contrat complémentaire 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.
- Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire ou par la Déclaration Sociale Nominative (DSN).

Pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

- La cotisation est payable d'avance selon la périodicité choisie (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).
- Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour le contrat complémentaire collectif obligatoire :

Début du contrat :

Le contrat prend effet à la date indiquée au sein du contrat 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 fixées au contrat.

La couverture de l'assuré prend alors fin à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

Début du contrat :

Le contrat surcomplémentaire prend effet à la même date que le contrat principal ou postérieurement à celui-ci, en cours d'exécution du contrat complémentaire collectif obligatoire et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Fin du contrat :

Le contrat surcomplémentaire est résilié de plein droit en cas de résiliation du contrat complémentaire santé.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Au plus tard au 31 octobre pour une cessation de contrat au 31 décembre de l'année, en adressant une lettre recommandée ou une recommandée électronique à l'organisme assureur.