

## ASSURANCE SANTÉ

### Document d'information sur le produit d'Assurance

MMA IARD Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 126 - FRANCE

MMA IARD, société anonyme, RCS Le Mans 440 048 882 - FRANCE

## CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE FRAIS DE SANTÉ À ADHÉSION OBLIGATOIRE

**Ce document d'information vous 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 remboursements seront détaillés dans le tableau de garanties.**

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

Ce produit d'assurance complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire est destiné à rembourser tout ou partie des dépenses de santé restant à la charge des membres du personnel du souscripteur (selon les conditions énumérées au contrat), dont l'établissement est situé en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer. Il permet d'assurer, en complément du Régime Obligatoire (RO), le remboursement des dépenses de santé des bénéficiaires, occasionnées par l'accident, la maladie et la 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 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 du salarié.

##### Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Soins courants y compris maternité** : consultations et visites de médecins, actes techniques, frais d'analyses, actes d'auxiliaires médicaux et actes d'imagerie médicale, prothèses non dentaires.
- ✓ **Médicaments** : frais pharmaceutiques remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Optique** : équipement (verres et monture), lentilles correctrices remboursées par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : soins, inlays onlays, prothèses et orthodontie remboursées par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Hospitalisation y compris maternité** : frais de séjour, soins et honoraires, forfait journalier.
- ✓ **Frais de transport** pris en charge par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Forfait cure thermique** remboursé par le Régime Obligatoire.

##### Les garanties optionnelles :

Selon le niveau de couverture choisi, les postes suivants peuvent être assurés :

- Médecine douce / prévention** : ostéopathie, chiropraxie et acupuncture, diététicien, vaccins prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire, insémination artificielle et FIV non remboursées par le Régime Obligatoire, sevrage tabagique.
- Optique** : lentilles correctrices non pris en charge par le Régime Obligatoire, chirurgie réfractive.
- Dentaire** : orthodontie, parodontologie et implants non pris en charge par le Régime Obligatoire.
- Hospitalisation y compris maternité** : chambre particulière et frais d'accompagnant.
- Forfait maternité.**

##### Les services systématiquement prévus :

- ✓ Réseaux de soins : opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires.
- ✓ Service d'analyse de devis pour des soins réalisés en dehors des réseaux de soins.



#### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet des garanties ou postérieurs à la date de radiation des bénéficiaires.
- ✗ Les frais de soins non pris en charge par le RO et non expressément prévus dans le tableau de garanties.



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

##### **Les principales exclusions :**

- ! La participation forfaitaire (exemples : pour les consultations, les examens de radiologie...) et les franchises médicales (exemples : sur les médicaments, les actes paramédicaux...).
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires autorisés 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.

##### **Les principales restrictions :**

- ! La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 90 jours par année civile et bénéficiaire en cas d'hospitalisation pour affection psychopathologique.
- ! Les frais d'accompagnant sont remboursés pour les enfants de moins de 12 ans.
- ! Le remboursement des lunettes est limité à un équipement (verres et monture) tous les 2 ans. Ce délai est réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants mineurs.
- ! Le remboursement des prothèses dentaires est limité à 150% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale par année civile et par bénéficiaire.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Monde entier pour les frais de soins pris en charge par le Régime Obligatoire. Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du Régime Obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

**En tant que souscripteur du contrat groupe obligatoire, vous vous engagez, sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, à :**

- **À la souscription du contrat :** répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions qui sont posées, affilier la totalité du personnel ou de la catégorie objective et fournir les justificatifs demandés.
- **En cours de contrat :** informer l'assureur dans les délais prévus au contrat des modifications impactant l'entreprise souscriptrice (adresse, raison sociale, opération juridique, ouverture d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire), ainsi que des mouvements dans l'effectif à assurer, notamment des assurés en cessation ou suspension de contrat de travail et régler la cotisation prévue au contrat.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont exigibles dans les 10 (dix) jours suivant le début de chaque trimestre civil, selon les modalités prévues au contrat.



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

La couverture du contrat santé collectif obligatoire débute à la date fixée aux conditions particulières signées par le souscripteur et l'assureur. Elle court jusqu'au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de la souscription et elle est ensuite reconduite automatiquement d'année en année, au 1<sup>er</sup> janvier pour une période d'un an, sauf résiliation du contrat par le souscripteur ou l'assureur dans les cas et conditions fixés au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat dans les cas et délais prévus par la réglementation et par les Conditions Générales, notamment à l'échéance annuelle. Sauf cas particulier, la demande de résiliation doit nous être adressée par recommandé en respectant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours.