Assurance complémentaire santé collective – Atout Collectif +

Document d'information sur le contrat collectif obligatoire frais de santé Atout Collectif +
Groupe France Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et au contrôle de l'ACPR,
Immatriculée en France sous le n° de SIREN 784 492 084. Siège social : 56 rue de Monceau, 75 008 Paris.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de vos salariés. Vous trouverez l'information complète sur cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

Atout Collectif + est un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'employeur (dit aussi souscripteur du contrat) au bénéfice de ses salariés. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du salarié et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit respecte les conditions légales de l'ANI et des contrats responsables. Conformément à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale, ce contrat doit être mis en place dans l'entreprise par convention ou accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur.

Le caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation des ayants droit est déterminé dans l'acte de mise en place. Conformément à l'article L.911-7 III. du code de la sécurité sociale, la cotisation du contrat collectif obligatoire est financée au minimum à 50% par l'employeur.

Ce produit comporte 6 niveaux de garanties. L'employeur choisit le niveau de garanties mis en place dans l'entreprise. Le même niveau de garanties doit couvrir l'ensemble des salariés ou bien une catégorie objective d'entre eux. Le contrat peut être complété par un contrat surcomplémentaire facultatif au choix du salarié renforçant le montant des remboursements pris en charge.

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 des prestations. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés.

LES PRESTATIONS SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Soins courants :** Consultations généraliste et spécialiste DPTM et hors DPTM, actes d'imagerie et d'échographie, actes techniques médicaux, médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, médicaments pris en charge par la sécurité sociale, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, frais de transport, matériel médical, prothèses externes prises en charge par la Sécurité sociale, psychologue pris en charge par la sécurité sociale et soins à l'étranger.

✓ **Hospitalisation :** Honoraires chirurgien et anesthésiste DPTM et hors DPTM (y compris maternité), participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 euros, frais de séjour, forfait patient urgences, forfait journalier hospitalier.

✓ **Dentaire :** Soins dentaires, soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale, orthodontie acceptée par la Sécurité sociale, soins Inlay/Onlay.

✓ **Optique** Equipements (monture et verres) 100% Santé, équipements (monture et verres) hors panier 100% Santé, suppléments et prestations optiques pris en charge par la sécurité sociale, lentilles prises en charge par la Sécurité sociale.

✓ **Aides auditives :** Equipements 100% Santé, équipements hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale et accessoires auditifs.

✓ **Autres postes :** ensemble des actes de prévention tel que défini par arrêté ministériel du 8 juin 2006.

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- Chambre particulière
- Lit accompagnant enfant âgé de moins de 16 ans
- Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale
- Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale
- Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale
- Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale
- Chirurgie réfractive
- Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale
- Forfait médicaments/homéopathie non pris en charge par la Sécurité sociale dont vaccins et pilules contraceptives
- Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale
- Insémination artificielle - FIV non pris en charge par la sécurité sociale

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat

✗ Les indemnités de perte de salaire versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail

✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour

✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale

✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites 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

! **Médecines alternatives :** Forfait par séance limité à 4 ou 5 séances par an, selon le niveau de garanties choisi.

! **Dentaire** : Remboursement de 1 à 2 implants maximum par an selon le niveau de garanties souscrit. Aucun remboursement pour les niveaux ATC ANI et ATC 1.

Plafond annuel pour les prothèses hors panier 100% Santé pour les niveaux ATC 4 et ATC 5. Au-delà, remboursement total limité à 125% de la base de remboursement.

! **Aide auditive** : remboursement limité à 1 aide par oreille tous les 4 ans.

(suite au verso)

- Forfait médecines alternatives (ostéopathie…)
- Sevrage tabagique non pris en charge par la sécurité sociale
- Allocation maternité

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ Analyse et délivrance de devis (optique, dentaire, audioprothèses)
✓ Télétransmission
✓ Tiers payant sur le ticket modérateur
✓ Réseau de soins Optique : Pratique du tiers payant et tarifs négociés chez les opticiens appartenant au réseau
✓ Téléconsultation médicale
✓ Protection juridique santé
✓ Espace Adhérent (visualisation et téléchargement des remboursements…)
✓ Action culturelle : accès à un spectacle par mois à Paris et au magazine France Mutuelle (trimestriel)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

✓ Services à la personne, accompagnement psycho-social, second avis médical…

Les prestations et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.

PRINCIPALES RESTRICTIONS (suite)

! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 CSS, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

! **Chambre particulière de nuit en psychiatrie** : remboursement limité à 90 jours par an.

! Certaines prestations sont limitées à un montant maximum par année civile. Se référer au tableau des prestations.

Où suis-je couvert ?

✓ En France et à l'étranger : Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement ne se fait qu'en complément de la Sécurité sociale française et sur sa base de remboursement.

Quelles sont mes obligations en tant que souscripteur du contrat? En tant que salarié ?

A la souscription du contrat (souscripteur)

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion entreprise fourni par la mutuelle;
- Après remise des conditions générales et conditions particulières du contrat par la mutuelle : signer les conditions particulières et y joindre les pièces nécessaires à la souscription (*extrait k-bis à jour et copie de la pièce d'identité du signataire du contrat*) ;
- Transmettre à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation signés par les salariés accompagnés des pièces nécessaires à l'affiliation ;
- Remettre à chacun des salariés la notice d'information du contrat collectif élaborée par la mutuelle

A l'adhésion au contrat (salarié)

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin individuel d'affiliation accompagné des pièces nécessaires à l'adhésion (*Attestation d'affiliation à l'assurance maladie de moins de 3 mois…*).

En cours de contrat (souscripteur):

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au bordereau ;
- Communiquer à la mutuelle tout mouvement du personnel affilié (*nouvelles arrivées, sorties*) ;
- Recueillir auprès du salarié sortant sa ou ses cartes de tiers-payant ;
- Informer la mutuelle, dans un délai de 30 jours, dès qu'il a connaissance de l'un des évènements suivants **:** changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès), changement de profession, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité;
- Remettre à chacun des salariés la notice d'information mise à jour en cas d'évolution du contrat et/ou des garanties.

En cours de contrat (salarié) :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la notice d'information ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins ;
- Informer le souscripteur en cas de survenance de l'un des évènements suivants **:** changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès), changement de profession, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont annuelles. Un paiement mensuel ou trimestriel peut toutefois être accordé. Les cotisations sont réglées par le souscripteur du contrat. Les paiements peuvent être effectués par virement ou chèque.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières du contrat collectif.
Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées par les conditions générales du contrat. .

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut mis fin à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en nous adressant une lettre ou autre support durable au moins deux mois avant cette date. Il peut également être mis fin à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par l'entreprise ou par le salarié (contrat surcomplémentaire uniquement). Pour le salarié, le contrat prend fin en cas de départ de l'entreprise sauf maintien du contrat au titre de la portabilité ou de la loi Evin.