

# Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AXA France Vie SA - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances

Siren : 310 499 959

Produit : **Adaptalia Entreprises Métiers Santé socle complémentaire**



**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.**

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

Le contrat Adaptalia Entreprises Métiers Santé socle complémentaire est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Il s'agit d'un contrat de groupe qui s'adresse aux entreprises qui souhaitent mettre en place une couverture santé obligatoire pour leurs salariés. Les salariés assurés bénéficient des garanties jusqu'à la date à laquelle ils quittent l'entreprise. 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 souscrit, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à charge.

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites de médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, appareils amovibles), orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillages** : audioprothèses et prothèses diverses (autres que dentaires) remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Prévention**
- ✓ **La téléconsultation médicale.**

#### LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

**Hospitalisation et maternité** : chambre particulière, lit d'accompagnant.

**Soins courants et prescriptions médicales** : pharmacie à service médical rendu faible ou modéré (15% et 30%), pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, moyens contraceptifs féminins non remboursés par la Sécurité sociale

**Frais optiques** : lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale, opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser.

**Frais dentaires** : implants et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale.

**Médecine douce**

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT INCLUS :

- ✓ Réseau de partenaires à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).

#### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Aides à domicile et services d'information en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours ou de cancer,
- ✓ Rapatriement en cas d'atteinte corporelle grave à plus de 50 km du domicile.

Les garanties précédées d'une ✓ 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.
- ✗ Séjour et frais relatifs aux établissements sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques (comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), de long séjour et pour personnes âgées.



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

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Participation forfaitaire de 1€ et 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'adhèrent pas à un dispositif de pratique tarifaire non maîtrisée.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Hospitalisation** :  
Lit d'accompagnant limité en nombre de jours par an et par bénéficiaire.  
Soins de suite ou de réadaptation pris en charge par la Sécurité sociale suite à hospitalisation et séjour en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale limités à 30 jours puis au ticket modérateur.
- ! **Optique** :  
Lunettes limitées à une paire de tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).  
Opération de la myopie et de l'hypermétropie limitée à un forfait en euros par œil, par an et par bénéficiaire.
- ! **Dentaire** :  
Implants limités à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.  
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale limitée à un forfait en euros par semestre et aux traitements commencés après 16 ans durant 4 semestres consécutifs maximum.
- ! **Médecine douce** limitée en nombre de séances et/ou à un forfait en euros, par an et par bénéficiaire.
- ! **Prévention** limitée à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.



## Où suis-je couvert ?

Les adhérents sont couverts :

- ✓ En France et à l'étranger,
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est effectué s'il y a eu une prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :**

**A la souscription du contrat**

- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur et le bulletin individuel d'adhésion fourni par l'assureur complété par chaque adhérent.
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation indiquée au contrat).

**En cours de contrat**

- Fournir un bulletin d'adhésion pour tout nouvel arrivant dans l'entreprise,
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les 30 jours qui suivent la connaissance de l'entreprise de l'un de ces événements :
  - Changements de situation de famille des salariés : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès),
  - Changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,
  - Départ d'un salarié de l'entreprise.
- Payer les cotisations.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

L'entreprise s'acquitte de la cotisation par acomptes trimestriels au cours des 10 premiers jours des mois d'avril, de juillet, d'octobre et du mois de janvier de l'année suivante.

Les paiements sont effectués par prélèvement automatique.



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

Les garanties prennent effet à la date figurant aux conditions particulières.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise peut résilier :

- Au 31 décembre de l'année en cours sous réserve d'en avoir fait la demande lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant la date précitée,
- En cas de révision des dispositions du contrat et notamment des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 2 mois qui suivent leur notification.