

# Assurance Complémentaire Santé

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

Compagnie : MAPA ASSURANCES- Société d'assurance Mutuelle régie par le Code des Assurances  
N°SIREN 775565088



Produit : COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE - CLASSIQUE

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.

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

Le produit Frais de Santé Complémentaire Santé Collective doit être souscrit par une entreprise, au profit des salariés. Ce produit a pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des participants et des éventuels bénéficiaires 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.

✓ *Garanties systématiquement prévues au contrat.*



### 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 votre charge.**

#### Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, lit accompagnant pour enfant de moins de 16 ans,
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie (remboursés par la Sécurité sociale), consultations dispositif «MonPsy»,
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive (sauf formule de base),
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie,
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audio prothèses, prothèses et orthèses,
- ✓ **Cure thermale** remboursée par le Régime Obligatoire,
- ✓ **Actes hors nomenclature** (acte de médecine alternative avec diplôme d'État, moyens contraceptifs non remboursés, sevrage tabagique, densitométrie osseuse et vaccin anti-grippe).

#### Les services systématiquement prévus :

- ✓ Réseau de soins (tiers payant sur la part complémentaire et réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires, autres réseaux de professionnels partenaires),
- ✓ Service d'analyse de devis,
- ✓ Service de téléconsultations,
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins et autres services (conseils automédication, palmarès des hôpitaux),
- ✓ Application Coaching santé (prévention),
- ✓ Des services en ligne dans votre Espace personnel (accès aux décomptes notamment).

#### L'assistance systématiquement prévue :

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation et autres nombreux services à domicile,
- ✓ Déplacement d'un proche, transfert des enfants, garde des enfants en cas d'hospitalisation,
- ✓ Bilan prévention des TMS et du stress au travail.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat,
- ✗ Lorsqu'ils ne sont pas mentionnés expressément, les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale française,
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



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

#### Les principales exclusions :

- ! 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.

#### Les principales restrictions :

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue,
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée par an (sauf formule de base),
- ! **Médecines alternatives** : prise en charge limitée par an et par bénéficiaire,
- ! **Chambre particulière limitée**, par année civile, à 60 jours pour les séjours en maisons de repos ou de convalescence, à 90 jours pour les séjours en service psychiatrique et à 180 jours pour les séjours en service de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle,
- ! **Dispositif «MonPsy»** : prise en charge limitée à 8 consultations par année civile.



## Où suis - je couvert ?

En France et à l'étranger.

Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de non garantie, vous devez :**

### À la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription,
- Fournir tous documents justificatifs demandés,
- Remplir un bulletin d'affiliation et fournir une photocopie de l'attestation du régime obligatoire et un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le participant.
- **Si le contrat prévoit l'affiliation des ayants droit**, fournir le bulletin d'affiliation de salarié et de ses ayants droit accompagné de l'attestation du Régime Obligatoire pour toute la famille et un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans.

### En cours de contrat

- Payer les cotisations,
- Pour toute modification de la situation d'un participant : changement de situation, changement d'adresse, changement de Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- Pour l'ajout ou la suppression d'un ayant droit : faire la demande auprès du souscripteur,
- Pour l'ajout d'un ayant droit nouveau né, le bulletin d'affiliation de salarié et de ses ayants droit ainsi que l'acte de naissance et l'attestation du régime obligatoire,
- Pour la suppression d'un ayant droit, un écrit du souscripteur ainsi que les cartes de Tiers-payant.

### Quelles sont les obligations pour les participants ?

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat (original du décompte du Régime Obligatoire, original de la facture détaillée et acquittée, original de la facture pour les lentilles, acte de naissance),
- Faire parvenir les demandes de remboursements dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable trimestriellement à terme échu dans les 10 jours suivant l'échéance de chaque fin de trimestre. Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire, prélèvement automatique ou chèque.



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

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et indiquée aux Conditions Particulières.

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières. Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant et se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1<sup>er</sup> janvier.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- en adressant une Lettre de Résiliation Infra-Annuelle (LRIA). La résiliation prendra effet 30 jours fin de mois,
- à la date d'échéance principale du contrat, par lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, par lettre recommandée dans les 15 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur,
- en cas d'opposition de l'entreprise de la révision des cotisations avant le 10 décembre de l'année en cours.