

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par Apivia Macif Mutuelle (SIREN n°779 558 501), mutuelle enregistrée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité.

Produit : contrat ASSUR-BP SANTÉ COLLECTIVE (contrat collectif à adhésion obligatoire)

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 précontractuelle et contractuelle. Les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat collectif à adhésion obligatoire Assur-BP Santé Collective est souscrit par l'employeur au profit de ses salariés et de leurs éventuels ayants droit affiliés. Le salarié peut étendre la couverture à ses ayants droit s'ils ne sont pas couverts à titre obligatoire. Le contrat est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ces garanties sont mises en œuvre en complément de la Sécurité sociale française, sauf exceptions prévues au tableau de garanties. 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 garanties choisi et qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : frais de séjour, actes en secteur hospitalier, honoraires chirurgicaux et médicaux, forfait journalier, forfait patient urgences.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux (consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, actes de chirurgie et de spécialité ainsi que les examens de radiologie), honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments (pharmacie remboursée à 65 % par le Régime obligatoire), matériel médical, actes de prévention.
- ✓ **Optique** : équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, montures, verres et lentilles remboursés par le Régime obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : prothèses 100 % Santé telles que définies réglementairement, soins dentaires, Inlay-Onlay, prothèses et orthodontie remboursés par le Régime obligatoire.
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, les prothèses auditives remboursées par le Régime obligatoire.
- ✓ **Autres remboursements** : frais de transport.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière et lit accompagnant.
- Ostéopathe, Diététicien, Étiope, Chiropracteur, Acupuncteur, Podologue et Psychologue.
- Aide au sevrage tabagique.
- Médicaments (pharmacie remboursée à 30 % ou à 15 % par le Régime obligatoire), vaccin antigrippal et pilule contraceptive non remboursés par le Régime obligatoire.
- Homéopathie non remboursée par le Régime obligatoire, à savoir les consultations en homéopathie et les médicaments homéopathiques.
- Lentilles non remboursées par le Régime obligatoire et la chirurgie réfractive de l'œil.
- Prothèses, implants dentaires, parodontie et endodontie non remboursés par le Régime obligatoire.
- Cures thermales remboursées par le Régime obligatoire (honoraires, soins, frais de transport, hébergement).
- Prime naissance ou adoption.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de maternité et en cas de décès.
- ✓ Assistance dédiée aux aidants.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins.
- ✓ Tiers payant.

Les garanties ou services précédés d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les frais non pris en charge par l'assurance maladie et non pris en charge au titre du tableau de garanties.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.
- ! La majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! Tous les actes non pris en charge par le Régime obligatoire sauf dérogations prévues au tableau des garanties.
- ! Les frais d'hébergement et de traitement exposés en établissement de post-cure.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT

- ! **Chambre particulière** : hors psychiatrie et pour une hospitalisation d'au moins une nuit.
- ! **Lit accompagnant** : pour les enfants ayants droit de moins de 16 ans et pour une hospitalisation d'au moins une nuit.
- ! **Dentaire** : les prothèses et implants dentaires non remboursés sont pris en charge sous réserve d'être inscrits à la nomenclature de la Classification commune des actes médicaux (CCAM).
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement.
- ! **Aides auditives** : le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.
- ! **Diététicien, Étiope, Chiropracteur, Acupuncteur, Podologue, et Psychologue** : forfait global annuel pour l'ensemble des spécialités mentionnées.
- ! **Aide au sevrage tabagique** : sont pris en charge les gommes et patch sur prescription médicale dans la limite d'un forfait unique annuel.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les assurés sont couverts en France et à l'étranger.
- ✓ Pour les soins dispensés à l'étranger, le remboursement par l'assureur se fait en France et en euros sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale française et selon la formule de garanties souscrite, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Les garanties d'assistance s'appliquent en France.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie, doivent être respectées les obligations suivantes :

À la souscription :

- l'employeur doit signer les conditions particulières ;
- l'employeur doit faire signer au salarié le bulletin individuel d'affiliation et lui remettre la notice d'information ainsi que le document d'information sur le produit d'assurance contre récépissé ;
- le salarié doit remplir avec exactitude et signer le bulletin d'affiliation accompagné des justificatifs demandés, sauf mise en jeu d'un cas de dispense d'affiliation.

Durant le contrat :

- l'employeur doit payer la cotisation du contrat obligatoire, l'éventuelle part restant à la charge du salarié est précomptée sur la fiche de paie. La cotisation des ayants droit non couverts à titre obligatoire est à la charge du salarié ;
- l'employeur doit informer l'assureur de tout changement de situation et doit lui faire parvenir la déclaration sociale nominative (DSN) ;
- le salarié doit informer l'assureur de tout changement de situation (ex. : coordonnées bancaires, situation familiale, etc.).

En cas de sinistre :

- le salarié doit faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale ou suivant la date des soins pour les frais non remboursés ;
- le salarié doit fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation du contrat obligatoire, fixée aux conditions particulières, est payable à terme échu. L'entreprise souscriptrice peut la régler mensuellement ou trimestriellement, par mandat de prélèvement SEPA, ou à défaut, par chèque (paiement trimestriel uniquement), selon les modalités prévues au contrat. L'entreprise peut également opter pour le dispositif Titre Emploi Service Entreprise (TESE).

Le salarié assure la charge financière et le paiement de la cotisation afférente à la couverture facultative de ses éventuels ayants droit affiliés. Les modalités de règlement de la cotisation sont définies dans le bulletin d'affiliation. Le règlement peut se faire par mandat de prélèvement SEPA (mensuel, trimestriel ou annuel), ou à défaut, par chèque (paiement annuel uniquement). Les cotisations sont payables d'avance.

En tout état de cause, le paiement de la cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour l'employeur, le contrat collectif prend effet à la date fixée aux conditions particulières. Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Pour le salarié, le contrat prend effet : soit, au plus tôt, à la date d'effet du contrat collectif ; soit dès la date d'appartenance au groupe assuré précisé au bulletin d'affiliation ; soit à la date mentionnée au bulletin d'affiliation, en cas d'affiliation faisant suite à la fin d'une mise en jeu d'un cas de dispense.

Pour le salarié, les garanties cessent : soit à la date de cessation de l'appartenance au groupe assuré ; soit à la date à laquelle prend fin la période de portabilité ; soit en cas de non-paiement par l'entreprise des cotisations dans les conditions définies au contrat ; soit à la date de résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le présent contrat étant un contrat à adhésion obligatoire, l'entreprise souscriptrice dispose du pouvoir de le résilier au moins deux mois avant l'échéance. La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit. L'employeur peut également résilier le contrat à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de sa première souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande.

Dans tous les cas, la demande de résiliation doit être faite par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité notamment par courrier postal ou électronique.

S'agissant d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le salarié de l'entreprise souscriptrice est tenu d'être affilié, sauf mise en en jeu d'un cas de dispense d'affiliation prévus par la réglementation.

En cas de couverture facultative des ayants droit, le salarié affilié peut demander la radiation de l'assurance de tout ou partie ses ayants droit affiliés. Cette radiation prend effet le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande.

Assur-BP Santé Collective

(Garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2022)

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées, conformément à la loi. Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties ci-dessous sont exprimées en incluant les prestations versées par le Régime obligatoire de la Sécurité sociale, y compris lorsque le remboursement est exprimé en euros. Les prestations du contrat facultatif s'entendent également sous déduction du contrat de base.

Les forfaits s'entendent par assuré. Lorsque le forfait est annuel, la référence est l'année civile.

PRESTATIONS	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	MÉDIANE	CONFORT	ÉTENDUE	PERFORMANCE
HOSPITALISATION (Y COMPRIS MATERNITÉ)						
Frais de séjour	100 %	100 %	Remboursement intégral ⁽¹⁾	Remboursement intégral ⁽¹⁾	Remboursement intégral ⁽¹⁾	Remboursement intégral ⁽¹⁾
Actes en secteur hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires (chirurgicaux et médicaux)						
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*.....	100 %	100 %	150 %	175 %	200 %	250 %
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*.....	100 %	100 %	130 %	155 %	180 %	200 %
Forfait patient urgences	Remboursement intégral					
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral					
Chambre particulière (hors psychiatrie) ⁽²⁾	-	40 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	90 € / jour
Lit d'accompagnant (enfant ayant droit de moins de 16 ans) ⁽²⁾	-	15 € / jour	20 € / jour	25 € / jour	30 € / jour	35 € / jour
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux (consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, actes de chirurgie et de spécialité ainsi que les examens de radiologie)						
● médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*.....	100 %	100 %	150 %	175 %	200 %	250 %
● médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*.....	100 %	100 %	130 %	155 %	180 %	200 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Ostéopathie	-	30 € la séance limité à 2 / an	35 € la séance limité à 2 / an	40 € la séance limité à 2 / an	45 € la séance limité à 2 / an	50 € la séance limité à 2 / an
Aide au sevrage tabagique (gomme et patch) sur prescription médicale	-	-	30 € / an	50 € / an	75 € / an	100 € / an
Diététicien / Étiope / Chiropracteur / Acupuncteur / Pédicure / Podologue / Psychologue ⁽³⁾	-	20 € / an	25 € / an	50 € / an	75 € / an	100 € / an
Médicaments						
● pharmacie remboursée à 65 % par le RO*.....	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
● pharmacie remboursée à 30 % et à 15 % par le RO*.....	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Homéopathie non remboursée par le RO* (Prestations assurées depuis le 01/01/2021)	-	30 € / an	35 € / an	40 € / an	45 € / an	50 € / an
Vaccin antigrippal non remboursé par le RO*	-	Remboursement intégral				
Pilule contraceptive non remboursée par le RO*	-	20 € / an	40 € / an	60 € / an	80 € / an	100 € / an
Matériel médical ⁽⁴⁾	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %	400 %
OPTIQUE^{(5) (6)}						
Équipements 100 % Santé ⁽⁷⁾ (monture et verres) (Prestations assurées depuis le 01/01/2020)	Remboursement intégral ⁽⁸⁾					
Verres simples	35 € / verre	50 € / verre	60 € / verre	75 € / verre	90 € / verre	110 € / verre
Verres complexes et hyper complexes	85 € / verre	110 € / verre	125 € / verre	140 € / verre	160 € / verre	210 € / verre
Monture	30 €	50 €	80 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles (remboursées par le RO* ou non)	100 % ⁽⁹⁾	120 € / an	130 € / an	140 € / an	150 € / an	170 € / an
Chirurgie réfractive	-	100 € par œil et par an	200 € par œil et par an	300 € par œil et par an	400 € par œil et par an	500 € par œil et par an



PRESTATIONS	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	MÉDIANE	CONFORT	ÉTENDUE	PERFORMANCE
DENTAIRE						
Prothèses 100 % Santé ⁽⁷⁾ (prestations assurées depuis le 01/01/2020) 	Remboursement intégral ⁽⁸⁾					
Soins	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Inlay et Onlay remboursés par le RO*	100 %	100 %	150 %	225 %	300 %	375 %
Prothèses						
● prothèses remboursées par le RO* ⁽¹⁰⁾	125 %	125 %	200 %	300 %	400 %	500 %
● prothèses non remboursées par le RO*.....	-	125 € / an	250 € / an	350 € / an	500 € / an	600 € / an
Orthodontie remboursée par le RO*	125 %	125 %	200 %	300 %	400 %	500 %
Implants dentaires non remboursés par le RO*	-	125 € / an	250 € / an	350 € / an	500 € / an	600 € / an
Parodontie / Endodontie non remboursées par le RO*	-	100 € / an	150 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾						
Équipements 100 % Santé ⁽⁷⁾ (Prestations assurées depuis le 01/01/2021) 	Remboursement intégral ⁽⁸⁾					
Prothèses auditives remboursées par le RO* ⁽¹²⁾	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %	400 %
AUTRES REMBOURSEMENTS						
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales (honoraires, soins, frais de transport, hébergement)	-	100 % + 100 € / an	100 % + 200 € / an	100 % + 300 € / an	100 % + 400 € / an	100 % + 500 € / an
Prime naissance ou d'adoption	-	100 € / enfant	150 € / enfant	200 € / enfant	300 € / enfant	400 € / enfant
ASSISTANCE À DOMICILE INCLUSE DANS TOUTES LES FORMULES						

(1) Les frais de séjour en établissement non conventionné sont limités à 400 % de la Base de Remboursement.

(2) Prise en charge accordée sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit.

(3) Forfait global par année civile pour l'ensemble des spécialités.

(4) Dispositifs médicaux au sens de l'article L.5211-1 du Code de la santé publique et produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

(5) Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement. Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.

(6) Les forfaits en euros incluent le remboursement du ticket modérateur lorsqu'il est prévu.

(7) Tels que définis réglementairement.

(8) Dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur.

(9) Uniquement les lentilles prises en charge par le RO*.

(10) Depuis le 1^{er} janvier 2020, pour les prothèses à tarifs maîtrisés, notre prise en charge ne peut être supérieure aux honoraires limites de facturation auxquels est soumis le praticien.

(11) Depuis le 1^{er} janvier 2021, pour l'ensemble des aides auditives pris en charge au titre du contrat, le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.

(12) Depuis le 1^{er} janvier 2021, pour toutes les formules et conformément au cahier des charges du contrat responsable, notre prise en charge ne peut pas dépasser la somme de 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime obligatoire.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* : OPTAM / OPTAM-CO.

RO* : Régime Obligatoire.

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites prévues au contrat.



L'offre Assur-BP Santé Collective est responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

L'offre Assur-BP Santé Collective est assurée par Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Étienne Pernet - 75015 Paris cedex 15.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances, société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.