

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : PREPAR IARD – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances

SIREN : 343 158 036

Produit : PREPAR SANTE COLLECTIVE « Socle »

Ce document d'information 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 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 ?

Ce produit est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'hospitalisation, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Il est destiné aux entreprises pour le bénéfice de leurs salariés. Ce produit respecte les conditions légales du contrat responsable et correspond au panier de soins Accord National Interprofessionnel (ANI).



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du panier de soins 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier,
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins, actes de spécialité, de chirurgie, technique médicale, imagerie, auxiliaires médicaux, analyses, transport remboursé
- ✓ **Appareillage** : appareils auditifs, orthopédie, appareillages et accessoires médicaux,
- ✓ **Pharmacie** : remboursée par la Sécurité sociale,
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, et orthodontie remboursés par la Sécurité sociale,
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (montures et verres), lentilles,
- ✓ **Prévention** : actes de prévention définis par le contrat responsable.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Avance des frais avec le tiers payant ;
- ✓ Programme d'avantages clients : réductions exclusives auprès de nombreux partenaires.

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.
- ✗ Les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ou à la classification commune des actes médicaux.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires.
- ✗ Les cures de toutes natures, les soins esthétiques, la thalassothérapie.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux.
- ! 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

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement toutes les 2 années d'adhésion (réduite à 1 année pour les mineurs) ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Suspension des garanties** : pendant les périodes de suspension du contrat de travail, sauf quand l'entreprise choisit expressément de maintenir les garanties au profit de son salarié.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les départements, régions ou collectivités d'Outre-mer.



Quelles sont mes obligations ?

À la souscription du contrat

Obligations pour l'entreprise :

- Produire à la souscription un état nominatif des personnes à assurer avec indication de la date de naissance, de la situation de famille, et des formulaires d'affiliation remplis avec exactitude ;
- Présenter et maintenir dans l'assurance la totalité de l'effectif assurable, sous réserve des cas de dispense admis par la réglementation ;
- Remettre la notice sur les garanties et leurs modalités d'application aux salariés ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

Obligations pour les salariés :

- Remplir avec exactitude le formulaire d'affiliation ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur ou son délégataire.

En cours de contrat

Obligations pour l'entreprise et pour les salariés :

- Informer des changements de situation :
 - changement ou cessation d'activité professionnelle, de statut professionnel, de catégorie professionnelle, modalité d'exercice de la profession, séjour ou déplacement professionnel à l'étranger ;
 - changement d'adresse postale et/ou électronique, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.

Obligations pour l'entreprise :

- Fournir les demandes d'affiliation relatives aux nouveaux entrants et leur remettre la notice sur les garanties et les modalités d'application ;
- Informer des ruptures de contrat de travail et demander, s'il y a lieu, le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ;
- Récupérer auprès des salariés sortants les cartes de « tiers payant santé » ;
- Fournir toutes autres pièces complémentaires relatives à l'effectif assurable ;
- Régler les cotisations à échéance ;
- Remettre un état trimestriel et des mouvements de personnel et du montant de la cotisation correspondante ;
- Remettre un état nominatif du personnel assuré avec indication des entrées et sorties des salariés.

Obligations pour les salariés :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- 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 ?

Les cotisations sont versées par l'entreprise. Elles sont payables trimestriellement à terme échu par prélèvement ou par chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France. Le paiement s'effectue par prélèvement sur votre compte Bred.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion. En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile, il est prévu un délai de renonciation de 14 jours qui court à compter de la date d'émission du certificat d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale (le 31 décembre) sauf résiliation dans les cas et conditions fixés au contrat.

Les garanties cessent :

- en cas de non paiement des cotisations par l'entreprise adhérente, après résiliation de l'adhésion par l'assureur ou son délégataire dans les conditions de la documentation précontractuelle et contractuelle ;
- pour chaque salarié, dès lors qu'il est admis à la retraite ou pré-retraite, ou qu'il bénéficie d'une pension de vieillesse de la Sécurité sociale, y compris en cas d'invalidité au travail ;
- pour chaque salarié et ayants droit, dès lors qu'ils n'appartiennent plus à la catégorie de personnel assuré ou que le contrat de travail est rompu sous réserve de la mise en œuvre de la portabilité.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée par l'entreprise au gestionnaire ou à l'assureur par courrier recommandé :

- Au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année,
- en cas de changement majeur d'une des conditions du contrat, dans le délai de 30 jours à compter de la notification de cette modification par l'assureur.