

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 781166293

6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9

Produit : PROXI répondant aux conditions du contrat dit responsable



**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 contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.**

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé PROXIGOOD est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le Produit PROXIGOOD propose deux niveaux de garanties : PROXIGOOD ESSENTIEL et PROXIGOOD PLUS. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau cahier des charges "100% Santé". Il inclut des services associés.



## QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, 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, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge.

### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour, chambre particulière et frais d'accompagnant enfant - 16 ans
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, tous médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical
- ✓ **Frais optiques** : équipement optique (monture et verres) selon le panier de soins 100% Santé et panier Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO et chirurgie réfractive de l'oeil
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires selon le panier de soins 100% Santé, les paniers Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge ou non par le RO. Implantologie, parodontologie et prothèses non prises en charge par le RO
- ✓ **Aides auditives** : équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
- ✓ **Bien-être et prévention (non pris en charge par le RO)** : médecine douce, sevrage tabagique, vaccins prescrits et vaccins contre la grippe, moyens contraceptifs prescrits et examen de densitométrie osseuse.
- ✓ **Transport** : transport médical pris en charge par le RO
- ✓ **Cures thermales prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport
- ✓ **Maternité** : chambre particulière, forfait maternité ou adoption
- ✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. Conditions Générales d'Utilisation "Téléconsultation médicale")
- ✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et en soins courants
- ✓ Actes de prévention conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/2006

### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis\*, Assistance\*, Fonds d'action social, Espace adhérent,
- ✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)
- ✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
- ✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)
- ✓ ANGEL (une équipe pluridisciplinaire répond à toutes les questions médicales et sociales pour vous et vos proches)
- ✓ Préventelis (aides aux risques professionnels pour la santé et la sécurité des salariés)
- ✓ 2nd Avis médical
- \* soumis à condition (cf. notice d'information)

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat



## QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- X les dépenses soins ou interventions non pris en charge par le RO, sauf cas particuliers prévus dans les garanties souscrites
- X lorsque l'adhérent bénéficie de la part de son RO d'un remboursement à 100% et que les garanties souscrites ne prévoient pas de dépassement
- X le forfait journalier hospitalier illimité en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)



## Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

### PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! La participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes des médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
- ! La majoration du Ticket Modérateur (TM) et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
- ! Les remboursements supérieurs aux plafonds définis en optique par le contrat responsable et aux plafonds et limites pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (DPTAM)

### PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Chambre particulière** : limitée à 60 jours par année civile en hospitalisation médicale et chirurgicale, et limité à 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.
- ! **Dentaire** : Orthodontie non remboursée par le RO limitée à 4 semestres et 2 semestres de contention. Implantologie non prise en charge par le RO limitée à 3 implants par an. Forfait annuel en euros pour la parodontologie et l'implantologie
- ! **Médecine douce** : Forfait global annuel
- ! **Prévention** : Forfait annuel en fonction de la prestation
- ! **Cure thermale prise en charge par le RO** : forfait global annuel en euros, remboursement minimum au TM.
- ! **Maternité** : forfait par enfant en cas de maternité -adoption



## OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ 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.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

**Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)**

### A la souscription :

L'entreprise doit affilier l'ensemble de ses salariés ou la catégorie d'entre eux appartenant au collège assuré au contrat collectif

**L'entreprise doit remettre aux salariés la notice d'information sur le contrat collectif conclu avec la Mutuelle ainsi que ses annexes (statuts de la Mutuelle, grilles de garanties, notices d'information relatives aux garanties et services associés).**

### En cours de contrat :

#### L'entreprise doit :

Fournir à la Mutuelle tous les documents nécessaires en cas de changement concernant les effectifs assurés au titre du contrat collectif.

Mettre à la disposition de ses salariés tous les documents d'information devant être remis en cas de changement de la couverture (nouvelle notice d'information...).

Honorer le paiement de ses cotisations à la Mutuelle.



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations de la garantie de base obligatoire pour les salariés et leurs ayants droit affiliés à titre obligatoire sont réglées par votre entreprise à la Mutuelle ou, le cas échéant, au centre de gestion à qui la Mutuelle a confié un mandat d'encaissement des cotisations, ce qui sera précisé dans les Conditions Particulières du contrat collectif.

Les cotisations sont payables à trente (30) jours de la fin du mois ou du trimestre écoulé, selon le fractionnement que vous aurez choisi.

Si vous optez pour l'émission de l'ordre de paiement des cotisations par le biais d'un flux dématérialisé dans le cadre de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), le prélèvement des cotisations sera effectué en fonction de la date de réception du flux par la Mutuelle, entre le 15 et le dernier jour du mois ou du mois suivant la fin du trimestre écoulé, selon la périodicité que vous aurez souhaitée. Ceci sera également précisé dans le contrat collectif au niveau des Conditions Particulières.

Les cotisations facultatives relatives aux ayants droit peuvent être réglées au choix, directement par l'entreprise dans les mêmes conditions que celles de la garantie de base obligatoire ou par l'adhérent directement à la Mutuelle.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Le contrat collectif prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières du contrat collectif, lesquelles forment avec ledit contrat un tout indissociable.

Le contrat collectif se reconduit annuellement à sa date d'échéance fixée au 31 décembre de chaque année civile, sauf résiliation à l'initiative de la Mutuelle par courrier recommandé avec accusé réception moyennant le respect d'un délai de préavis de deux mois ou en cas ou en cas de défaut de paiement des cotisations par votre entreprise.

Le contrat collectif cesse de produire ses effets à la date d'effet de sa résiliation.

L'adhésion d'un adhérent prend effet (hors les cas de dérogations règlementaires ou prévus à l'acte juridique ayant instauré le régime) :

- à la date d'effet du contrat collectif, lorsque le salarié fait déjà partie, à cette date, de la catégorie de personnel assurée
- à la date de son entrée dans la catégorie de personnel assurée après la date d'effet du contrat collectif

L'adhésion d'un adhérent prend fin dès : qu'il sort de la catégorie de personnel assurée, que son contrat de travail avec le souscripteur du contrat collectif est rompu, qu'il se voit attribuer la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi retraite) ou pension d'invalidité au travail, ou encore dès la résiliation du contrat collectif.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

### L'entreprise peut résilier son contrat :

- à sa date d'échéance, fixée au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une notification par lettre, support durable ou tout moyen prévu à l'article L.221 10-3 du Code de la Mutualité au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre;

- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par tout moyen (lettre simple ou support durable), sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de la notification.