

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Organisme assureur :

Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au 47 rue Maurice Flandin 69 003 Lyon (Siège administratif CS 31 401 - 13 785 Aubagne), adhérente de Union Mutualiste de Groupe Solimut Mutuelles de France, organisme régi par le code de la mutualité, immatriculé au répertoire Sirène sous le numéro 539 793 885.

Produit : CCN Acteur du Lien Social et Familial (ALISFA)

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.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé « CCN ALISFA » est une assurance complémentaire santé collective pour les salariés Cadres et/ou Non cadres de l'entreprise souscriptrice, destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la 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 respecte les conditions légales des contrats responsables, avec un niveau de couverture au moins équivalent à celui de l'accord de Branche. Notre organisme est recommandé sur cette convention collective.



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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation et maternité : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnement hospitalier, forfait actes lourds.
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie, vaccins DTP, dépistage hépatite B, médecine douce, forfait patch anti-tabac.
- ✓ Frais optiques : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive.
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, onlays, inlays-core.
- ✓ Appareillages remboursés par la Sécurité sociale : audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ Cure thermale.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- Chambre particulière non conventionnée
- Frais d'accompagnement hospitaliers non conventionnés
- Forfait orthodontie non prise en charge par l'AMO
- Forfait parodontologie non prise en charge par l'AMO
- Forfait implantologie non prise en charge par l'AMO

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins optique et audio
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance Vie Quotidienne

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



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ 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.



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 dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ 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).
- ✗ Les soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).



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

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.

PRINCIPALE RESTRICTION

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! Chambre particulière : Tout type de séjour avec hébergement comportant au moins une nuitée
- ! Frais d'accompagnement hospitaliers : Les frais d'accompagnement sont pris en charge lorsque ceux-ci sont facturés au nom du bénéficiaire des soins, assuré par la mutuelle
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Prestations supplémentaires dont Médecine douce : sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADEL ou RPPS, pour des dépenses non prises en charge par l'AMO.



Quelles sont mes obligations ?

A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

- ✓ Fournir à chaque adhérent la notice d'information rédigée par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.
- ✓ Affilier au contrat la totalité des salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières, sous réserve des cas de dispense admis
- ✓ Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,

EN COURS DE CONTRAT, SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES

- ✓ Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- ✓ Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat
- ✓ Affilier les nouveaux salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières et leur fournir la notice d'information et le formulaire de désignation de bénéficiaires rédigés par la mutuelle
- ✓ Déclarer à la mutuelle tous les mouvements dans la liste des salariés pour le 20 de chaque mois, sous peine de perdre les cotisations correspondantes au profit de la mutuelle.



Quand et comment effectuer les paiements?

- ✓ La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies aux conditions particulières (précompte de la cotisation).
- ✓ Le paiement peut être fractionné au mois ou au trimestre



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise peut résilier le contrat collectif chaque année, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année).



Quand commence la couverture et à quel moment prend-elle fin ?

Le contrat collectif prend effet à la date convenue d'un commun accord et indiquée aux conditions particulières pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours.

Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'entreprise (ou autre personne morale) ou la mutuelle dans les cas et conditions indiqués dans le contrat collectif.