

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance immatriculée en France au répertoire SIREN sous le n° 321 862 500 et régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire.



Produit : Santé conventionnelle CCN CDNA – IDCC 1517

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. 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 conventionnelle CCN des Commerces de Détail Non Alimentaires (CDNA)** est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des salariés cadres et/ou non cadres relevant de la **CCN des Commerces de Détail Non Alimentaires, IDCC 1517**, 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 100% SANTE.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des garanties sont soumis à **des plafonds** qui varient en fonction du niveau choisi et figurent dans le tableau de garanties. Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

Les garanties de base systématiquement prévues

Soins courants

- ✓ Analyses et examens de laboratoire ; honoraires médicaux (consultations/visites/téléconsultations généralistes, spécialistes conventionnés ou non) ; actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie ; honoraires paramédicaux (professionnels de la santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophoniste, kinésithérapeutes, ...) ; médicaments (remboursés à 65 % et 30 %) ; autres soins courants : frais de transport ; matériel médical (grand et petit appareillage).

Hospitalisation et maternité

- ✓ Honoraires chirurgicaux (praticiens conventionnés ou non) ; forfait journalier hospitalier ; autres frais d'hospitalisation (frais de séjour en établissement conventionné ou non, participation forfaitaire actes lourds ; chambre particulière ; lit d'accompagnant)

Optique

- ✓ Montures et verres ; frais d'adaptation ; forfait lentilles prises en charge par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive.

Dentaire

- ✓ Soins dentaires, Inlays-onlays, prothèses et inlays-core pris en charge ; prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale ; autres dispositifs dentaires : orthodontie prise en charge et orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ; parodontologie ; forfait Implantologie.

Aides auditives

- ✓ Appareil auditif pris en charge par la Sécurité sociale

Kit confort :

- ✓ Médecine douce : Acupuncteur, ostéopathe, étiope, pédicure-podologue, chiropracteur, diététicien-nutritionniste, psychomotricien, psychologue
- ✓ Contraception prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale et selon le niveau souscrit : allocation maternité

Kit prévention

- ✓ Tous les actes de préventions du contrat responsable pris en charge par la Sécurité sociale

Les garanties optionnelles

- **Extension ayants droit** (conjoint/enfant) : permet au salarié de couvrir le conjoint et/ou les enfants sur le niveau de garanties du régime obligatoire choisi par l'entreprise.
- **Une option facultative** en complément du régime de base conventionnelle :

Les services

- Tiers payant, télétransmission avec la Sécurité sociale ;
- Remboursements consultables en ligne sur un espace dédié ;
- Demandes de prise en charge hospitalière et demandes de remboursement en ligne, analyse de devis (optique, dentaire) ;
- Action sociale (sous conditions).

L'assistance

Un socle de base :

- Un service d'écoute, conseil et orientation, avec accompagnement social et informations diverses (vie pratique, juridique, santé, dépendance...)
- Des prestations d'assistance ;
- Un service de téléconsultations médicales ;
- L'accès à un 2^e avis médical.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat de l'entreprise
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période d'affiliation du salarié
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les frais non remboursés par la Sécurité sociale sauf s'ils sont prévus au tableau de garanties
- ✗ Les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie
- ✗ Le forfait journalier résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier résultant d'une admission dans un établissement médico-social (tel qu'une maison d'accueil spécialisée, un EHPAD, ESAT, un centre ou un institut pour enfance handicapée ou inadaptée, etc.)



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

Principales exclusions du contrat responsable

- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! **Franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! **Franchise de 2 €** sur les transports sanitaires
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant)

Principales restrictions du contrat responsable

- ! **Optique** : prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.
- ! **Honoraires médicaux** : plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Autres restrictions prévues au contrat

- ! Certaines prestations font l'objet de restriction forfaitaire en termes de montant et/ou de durée.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties sont acquises aux membres participants exerçant habituellement (soit plus de 6 mois par an) leur activité sur le territoire de la France métropolitaine ou les départements et régions d'outre-mer (DROM).
- ✓ Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge directement ou indirectement par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font normalement l'objet d'un décompte de Sécurité sociale). Les remboursements sont alors effectués en euros.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat, suspension des garanties ou résiliation du contrat :

A la souscription du contrat

- Remplir la demande d'adhésion avec exactitude et le signer.
- Faire signer le bulletin individuel d'affiliation par le salarié lors de son entrée dans l'entreprise.
- Remettre la notice d'information au salarié contre décharge.
- Fournir la liste des salariés à assurer et celle des anciens salariés en portabilité.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.

En cours de contrat

- Informer l'assureur en cas de changement de siège social, de coordonnées bancaires, d'activité principale, d'ouverture d'une procédure collective, de toute arrivée ou départ de salariés.
- Régler la cotisation prévue au contrat.

Pour le remboursement des frais de santé

- Il appartient aux salariés et à ses éventuels bénéficiaires de fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé (dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement ou trimestriellement à terme échu par l'entreprise au plus tard dans les dix jours qui suivent la fin du trimestre civil, en fonction des éléments déclarés mensuellement dans la Déclaration Sociale Nominative (DSN).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée au document contractuel signé par les parties.

Les garanties s'appliquent à partir :

- de la date d'effet du contrat,
- de la date d'embauche des nouveaux salariés,
- du 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'un salarié ayant initialement choisi de ne pas adhérer.

Elles cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à cet effet,
- en cas de résiliation du contrat.

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre partie notifiée par lettre recommandée, au moins deux mois avant l'échéance du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat s'effectue au 31 décembre d'un exercice par l'envoi d'une lettre recommandée [ou d'un envoi recommandé électronique] sous réserve que la demande ait été faite avec un préavis de deux mois (avant le 31 octobre de l'exercice). Le cachet de la Poste [ou la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique] fait foi du respect du délai de préavis.

La résiliation du contrat de base obligatoire de l'entreprise entraîne la résiliation automatique des contrats facultatifs « Extension ayants droit et surcomplémentaire ».