

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : MBTP - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé 55 avenue Gallienne CS91177 69608 Villeurbanne Cedex
Produit : MBTP Santé Entreprises



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 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 MBTP Santé Entreprises 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 du salarié et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime obligatoire. Le produit respecte les conditions du cahier des charges des contrats solidaires et responsables.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont fonction du niveau de garanties choisi. En tout état de cause, ils ne peuvent dépasser le montant des frais réellement engagés, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour et de transport, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, participation actes lourds
- ✓ **Soins courants** : analyses et examens de laboratoires, honoraires médicaux (consultations, visites et téléconsultation de médecins généralistes et spécialistes, actes d'imagerie, actes techniques médicaux), honoraires paramédicaux
- ✓ **Matériel médical** : grand appareillage (équipements « 100% santé » et autres équipements), petit appareillage (équipements « 100% santé » et autres équipements)
- ✓ **Médicaments** : médicaments à service médical rendu important
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses du panier « 100% Santé », paniers hors 100% Santé, soins, inlays-onlays, orthodontie prise en charge par le régime obligatoire
- ✓ **Optique** : équipement panier « 100% Santé » (Classe A), équipement hors panier 100% Santé (Classe B), lentilles prises en charge par le régime obligatoire
- ✓ **Aides auditives** : panier 100% santé (Classe I), panier hors 100% Santé (Classe II), accessoires, piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par le régime obligatoire
- ✓ **Prévention** : actes de prévention (prévus par la législation sur le contrat responsable), psychologues adhérents au dispositif MonSoutienPsy
- ✓ **Cure thermique prescrite prise en charge par le RO**

Les garanties non systématiquement prévues :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, nuitée d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans et plus de 70 ans), forfait télévision /wifi
- **Soins courants** : médicaments à service médical rendu modéré et faible, forfait prévention BTP, petit appareillage pris en charge par le régime obligatoire
- **Optique** : chirurgie réfractive non prise en charge et lentilles non prises en charge par le régime obligatoire
- **Dentaire** : prothèses et orthodontie non prises en charge par le régime obligatoire, implants, parodontologie et endodontie non prise en charge par le régime obligatoire
- **Aides auditives** : forfait Prévention BTP : chargeurs non remboursés par le régime obligatoire
- **Professionnels de santé non pris en charge par le régime obligatoire** (orthokinésiste, ostéopathe, acupuncteur, pédicure podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien nutritionniste, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute)
- **Prévention** : pharmacie prescrite et non pris en charge par le régime obligatoire, ostéodensitométrie non prise en charge par le régime obligatoire, pack allocations et garanties maternité/contraception

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Assistance
- ✓ Fonds d'action sociale (sous conditions)
- ✓ Espaces adhérents
- ✓ Tiers payant
- ✓ Réseaux de soins (2027)



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale (frais de chirurgie esthétique, frais de traitement et opérations de rajeunissement)
- ✗ 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
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O sauf ceux expressément mentionnés dans le tableau de garanties
- ✗ Les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés l'étranger, sauf précisions contraires dans les fiches « garanties »
- ✗ 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)



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

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et la franchise sur 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 prévues du contrat responsable :

- ! **Optique** : 1 monture et 2 verres tous les 2 ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus. 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Prise en charge d'un équipement dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.
- ! **Honoraires médicaux** : plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Principales restrictions prévues au contrat :

- ! Des plafonds sont applicables pour les prothèses dentaires et l'orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale.
- ! Certaines prestations font l'objet d'une restriction forfaitaire en termes de montant et/ou de durée (voir tableau de garanties et/ou notice d'information).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les salariés et leurs éventuels ayants droit sont couverts en France métropolitaine y compris dans les Départements et Régions d'Outremer (DROM-COM)
- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

- **Obligations de l'entreprise souscriptrice**
 - Être domicilié en France
 - Relever de la catégorie des entreprises adhérentes telles que définies par le contrat
 - Affilier au contrat tous les salariés appartenant à la catégorie de personnel bénéficiaire définie par le contrat
 - Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le contrat
 - Informer la mutuelle de toute cession d'activité, dépôt de bilan, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire
 - Transmettre à la mutuelle le bulletin d'adhésion signé
 - Transmettre à la mutuelle les bulletins d'affiliation individuels (si changement d'option / situation de famille) ainsi que les documents justificatifs fournis par le salarié
 - Remettre aux salariés la notice d'information établie par la mutuelle, ses avenants ou toute nouvelle notice ainsi que la fiche IPID.
- **Obligation du salarié ou de l'ancien salarié**

A l'adhésion :

- Être affilié à l'AMO française et appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévue par le contrat.
- Remplir avec exactitude, signer le bulletin d'affiliation individuel et fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle

En cours de contrat :

- Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle conformément au contrat.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat.

Pour le versement des prestations :

- Transmettre à la mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- **Pour l'entreprise souscriptrice** : Les cotisations sont payables à terme échu à la date indiquée au contrat. L'entreprise assure le précompte de la cotisation obligatoire du salarié.
- **Pour le salarié ou l'ancien salarié** : Les modalités de paiement des cotisations des garanties optionnelles ADVITA sont fixées au contrat. Les cotisations correspondant aux couvertures facultatives sont payées directement par le salarié ou l'ancien salarié auprès de la mutuelle selon les modalités choisies au bulletin d'affiliation individuel.
- **Modalité de paiement pour l'entreprise** : les paiements peuvent être effectués par téléversement DSN ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

➤ Pour l'entreprise souscriptrice

L'adhésion prend effet à compter de la date indiquée sur le bulletin d'adhésion, pour une durée minimale d'un an puis se renouvelle par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année. La couverture ne peut être rétroactive.

L'adhésion de l'entreprise cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception par la mutuelle de la demande de résiliation infra-annuelle ou en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations. L'adhésion cesse à l'échéance annuelle du contrat en cas de perte de la qualité d'entreprise adhérente.

➤ Pour le salarié ou ancien salarié

La couverture obligatoire prend effet à compter de la date d'affiliation au contrat. Le maintien facultatif "Evin" prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité

La couverture du salarié ou de l'ancien salarié cesse : à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'entreprise ou par la mutuelle ; à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail ; à l'expiration du mois au cours duquel le salarié ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel "bénéficiaire" ; à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits

Dispositions spécifiques aux couvertures via les garanties optionnelles facultatives :

La couverture prend effet à compter de la date indiquée sur le bulletin d'affiliation pour une durée minimale d'un an puis se renouvelle par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année. La couverture ne peut être rétroactive. Dans le cadre d'une adhésion réalisée à distance, le souscripteur peut se rétracter dans un délai de quatorze jours à compter de la signature du bulletin d'affiliation. **Cependant, les garanties ne sont acquises qu'après paiement de la première cotisation sous réserve de son encaissement.**

La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation par le salarié ou l'ancien salarié à l'échéance annuelle (31 décembre) ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception par la mutuelle de la demande de résiliation infra-annuelle ou à la date d'effet de la résiliation de la couverture par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations.



Comment puis-je résilier le contrat ?

➤ Résiliation à l'initiative de l'entreprise :

Le contrat peut être résilié par l'entreprise à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une demande avant le 31 octobre de l'année. Il peut également être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

➤ **Résiliation par le salarié ou l'ancien salarié des couvertures facultatives (uniquement)** : la couverture peut prendre fin par l'envoi d'une lettre de résiliation ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité :

- au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion ;
- après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription de votre contrat ;
- en cas de révision des cotisations ;
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du règlement mutualiste par la Mutuelle.

