

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 EEP Santé permet à un établissement, entrant dans le champ d'application de l'accord collectif du 18 Juin 2015 de souscrire un contrat d'assurance collective ayant pour objet de faire bénéficier à titre obligatoire, l'ensemble de ses salariés affiliés au régime de sécurité sociale sans condition d'ancienneté, du remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de la Sécurité sociale française. Le produit, conforme à la réglementation du « contrat responsable et solidaire » propose également des couvertures optionnelles facultatives au bénéfice des salariés et de leurs ayants-droit.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le contrat se compose d'une couverture obligatoire pour le salarié et à adhésion facultative pour ses ayants droit, et le cas échéant, d'une couverture optionnelle facultative tant pour le salarié que pour ses ayants droit

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie souscrit, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES :

- ✔ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjours, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✔ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, examens médicaux, auxiliaires médicaux, actes techniques médicaux et actes de chirurgie, analyses médicales et imagerie, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale
- ✔ **Frais optiques** : lunettes (verres, monture), lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité sociale
- ✔ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, appareils amovibles) remboursées ou non par la Sécurité Sociale, orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale.
- ✔ **Appareillages** : prothèses diverses (autres que dentaires) remboursées par la Sécurité sociale.
- ✔ **Aides auditives**
- ✔ **Prévention** : ensemble des actes de prévention prévus par la réglementation des contrats responsables. Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.
- ✔ **Médecine non conventionnelle** : consultations non remboursées par la Sécurité Sociale

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES :

Hospitalisation : chambre particulière, lit d'accompagnant.
Maternité : chambre particulière.
Soins courants et prescriptions médicales : pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale.
Frais optiques : chirurgie réfractive
Frais dentaires : implants et parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT INCLUS :

- ✔ Réseau de partenaires à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).

Les garanties précédées d'une coche ✔ 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.
- ✗ Séjour et frais relatifs aux établissements sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques (comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), de long séjour et pour personnes âgées.



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

Principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et 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.
- ! Les frais d'hébergement exposés en établissements de post-cure, en centre de rééducation professionnelle ou en centre spécialisé de soins pour toxicomanes.

Principales restrictions :

- ! **Hospitalisation** :
Lit d'accompagnant : versement prévu pour les enfants en dessous d'un âge limite.
- ! **Optique** :
Prise en charge d'un équipement (verres et monture) tous les deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par l'évolution de la vue, réduite à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
- ! **Aides auditives** :
Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les quatre ans la limite des plafonds fixés dans le tableau de garanties
- ! **Dentaire** :
Parodontologie limitée à un forfait en euros par année civile et par bénéficiaire.
- ! **Médecine non conventionnelle** :
Limitée en nombre de séances par année civile et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- Les salariés sont couverts dans le monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues au contrat :

A la souscription du contrat :

- L'établissement s'engage à affilier, à la date d'effet du contrat, l'ensemble des salariés sous contrat de travail et affiliés à la Sécurité sociale française.
- L'établissement s'engage à remettre à chaque salarié contre récépissé la notice d'information résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- Les salariés doivent remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation.

En cours de contrat :

- L'établissement s'engage à affilier, dès leur embauche, l'ensemble des salariés sous contrat de travail et affiliés à la Sécurité sociale française.
- L'établissement doit informer l'Institution de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique dans les meilleurs délais.
- L'établissement doit informer l'Institution de tout changement dans la situation des salariés dans les meilleurs délais : situation de famille, situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie, départ de l'établissement.
- Payer les cotisations.

Pour les remboursements des frais de santé :

- Les bénéficiaires doivent fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé (dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins communiquée par la Sécurité sociale).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations de la couverture obligatoire sont payables trimestriellement à terme échu. Elles sont payées directement par l'établissement qui est le seul responsable de leur versement, au plus tard dans les 20 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil auquel elles se rapportent.

Les cotisations des couvertures optionnelles sont payables mensuellement d'avance, notamment par prélèvement bancaire. Elles sont réglées directement par le salarié qui est seul responsable de leur versement. Le paiement des cotisations doit être effectué au plus tard dans les dix jours suivant leur échéance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion de l'établissement prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion. Elle est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

Lorsque l'adhésion a pris effet, la couverture obligatoire est acquise à chaque salarié à compter :

- de la date d'effet de l'adhésion, s'il appartient à la catégorie de personnel assurée à cette date,
- à défaut à la date à laquelle il répond à la définition de la catégorie de personnel assurée au contrat,

La prise d'effet de la couverture facultative du salarié est fixée en fonction de la date à laquelle intervient la demande d'affiliation ou un changement de situation familiale. L'extension facultative de la couverture du salarié aux ayants-droit leur est acquise au plus tôt à la même date à laquelle le salarié bénéficie de la couverture, à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'affiliation.

Le contrat prend fin :

- à la date de résiliation du contrat en cas de demande de résiliation à l'initiative du souscripteur,
- à la date de changement d'activité de l'établissement si elle ne relève plus du champ d'application de l'accord du 18 juin 2015,
- à la date de résiliation de la convention d'assurance conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires de l'accord du 18 juin 2015.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'établissement peut résilier le contrat

- à l'échéance annuelle de son renouvellement, en notifiant la résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai,
- à tout moment sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la notification de résiliation. La demande de résiliation peut, au choix être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale et le Code des Assurances par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 10 Rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex, par voie électronique à : resiliationscollectives@uniprevoyance.fr, par tout autre support durable, par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur, par acte extrajudiciaire, et lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.