

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 sont détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit « Planet'Santé TNS » est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative. Il est destiné aux travailleurs non-salariés et conjoints collaborateurs, dont l'entreprise ne relève pas du secteur du Bâtiment et des Travaux Publics. Il vise à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine. Il respecte les conditions légales des contrats « responsables » et de la réforme « 100 % Santé ». Il est éligible à la déductibilité fiscale résultant de la loi du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « loi Madelin ».



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. Avec tout autre remboursement, ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Honoraires médicaux et paramédicaux** : consultations et visites de généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie, soins externes, auxiliaires médicaux, soins infirmiers et transport sanitaire
- ✓ **Analyses et examens de laboratoires**
- ✓ **Médicaments** : médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %
- ✓ **Matériel médical** : appareillages orthopédiques et autres prothèses
- ✓ **Hospitalisation** : forfait journalier hospitalier, honoraires, frais de séjour et lit pour accompagnant
- ✓ **Optique** : verres, montures et lentilles de contact remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, inlays/onlays, prothèses et orthodontie remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Aides auditives** : prothèses auditives et accessoires

GARANTIES OPTIONNELLES

Médicaments : médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % ou à 30 %, vaccins et contraception féminine prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

Hospitalisation : chambre particulière

Optique : lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale et chirurgie réfractive de la vue

Dentaire : parodontologie, orthodontie adulte non remboursée par la Sécurité sociale et implants dentaires

Médecines complémentaires et alternatives agréées

Cures thermales

Assistance

SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseaux de soins
- ✓ Analyse de devis
- ✓ Téléconsultation médicale

Les garanties et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus hors de la période de validité du contrat
- ✗ Les éventuels suppléments pour confort personnel en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, etc.)
- ✗ Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf stipulation contraire prévue par le contrat



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1 € sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, examen radiologique et analyse de biologie médicale
- ! La franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! La franchise de 2 € sur les transports sanitaires
- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins
- ! **Honoraires** : prise en charge différenciée des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ! **Prothèses** : remboursement limité à 10 000 € par bénéficiaire et par an pour le cumul des dépenses liées aux prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, aux prothèses auditives et au matériel médical
- ! **Optique** : remboursement de la monture limité à 100 € et prise en charge d'un équipement optique par période de 24 mois, réduite à 12 mois pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Orthodontie adulte** : prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs
- ! **Prothèses auditives** : prise en charge limitée à un appareil par oreille par période de 4 ans et par bénéficiaire
- ! **Médecines complémentaires et alternatives agréées** : remboursements limités aux dépenses liées aux soins effectués en France métropolitaine
- ! **Cures thermales** : remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire



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 du régime de base de la Sécurité sociale française quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité ou suspension des garanties ou de dénonciation de l'adhésion

A l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur
- Ne pas être couvert par un autre contrat de complémentaire santé

En cours d'adhésion :

- Informer l'assureur en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale, de bénéficiaires ou de régime de Sécurité sociale
- Régler les cotisations prévues par le contrat
- Ne pas souscrire une autre couverture complémentaire santé

Pour le remboursement des frais de santé :

- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale ou de la date de survenance des soins non remboursés par la Sécurité sociale
- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance par fraction trimestrielle ou mensuelle et par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve du paiement des cotisations. Cette date est fixée au plus tôt au premier jour qui suit la demande d'adhésion et ne peut être rétroactive. Par exception, si au cours des 6 derniers mois l'adhérent était couvert en tant que bénéficiaire par une couverture interrompue suite au décès de l'adhérent principal ou à une séparation, la date d'effet peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption. De même, si au cours des 6 derniers mois l'adhérent bénéficiait de droits collectifs interrompus au jour de fin de son dernier contrat de travail, la date d'effet peut être fixée rétroactivement au lendemain de cette dernière date.

L'adhésion est conclue jusqu'à la fin de l'exercice civil en cours et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction. Elle prend fin en cas de dénonciation à l'initiative de l'adhérent ou de l'assureur, de résiliation du contrat de groupe, de décès de l'adhérent ou lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie de France métropolitaine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La dénonciation de l'adhésion doit être signifiée à l'assureur par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances.

De manière générale, la dénonciation prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'assureur au moins 2 mois auparavant. Par exception, elle peut prendre effet de manière anticipée, par défaut à l'expiration du délai d'un mois après que l'assureur en a reçu notification, dans les situations suivantes :

- l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (« ONDAM ») ou d'une diminution des droits nés du présent contrat ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours qui s'ensuivent ;
- en cas de cessation définitive d'activité professionnelle, retraite professionnelle ou changement de profession ;
- l'adhérent a été admis au bénéfice de la Complémentaire santé solidaire ;
- la dénonciation intervient après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion.