

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 Habitat social » est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire. Il comporte également des garanties facultatives pouvant être choisies par les salariés adhérents, afin d'améliorer les garanties obligatoires ou de couvrir les ayants droit non couverts à titre obligatoire. Il est destiné aux coopératives relevant de la convention collective nationale du personnel des sociétés coopératives d'HLM (IDCC 1588). Il vise à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des salariés et de leurs éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du régime de base d'assurance maladie dont ils relèvent en France métropolitaine. Il respecte les conditions légales des contrats « responsables » et de la réforme « 100 % Santé ».



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 la charge des salariés.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Honoraires médicaux et paramédicaux** : consultations et visites de généralistes ou spécialistes, petite chirurgie, actes de spécialité, radiologie, ostéodensitométrie, auxiliaires médicaux et transport sanitaire
- ✓ **Analyses et examens de laboratoires**
- ✓ **Médicaments** : médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %, 30 % ou 15 %, vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, contraception et homéopathie prescrites non remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Matériel médical** : orthopédie, appareillage et autres prothèses
- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, lit pour accompagnant d'enfant de moins de 16 ans ou d'ascendant à charge, forfait actes lourds, chirurgie non remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique** : verres, montures, lentilles de contact et chirurgie réfractive de la vue
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires et inlays/onlays remboursés par la Sécurité sociale, parodontologie, prothèses dentaires, orthodontie et implants dentaires
- ✓ **Aides auditives** : prothèses auditives et accessoires
- ✓ **Assistance à la procréation**
- ✓ **Médecines complémentaires et alternatives agréées**
- ✓ **Cures thermales**
- ✓ **Assistance**
- ✓ **Actes de prévention**

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 en dehors de la période d'effet du contrat et des garanties
- ✗ 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
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail



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
- ! La majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soin

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Honoraires** : prise en charge différenciée des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ! **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** : prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs pour les soins non remboursés par la Sécurité sociale
- ! **Prothèses auditives** : prise en charge limitée à un appareil par oreille par période de 4 ans et par bénéficiaire
- ! **Cures thermales** : remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les salariés sont couverts en France ainsi qu'à l'étranger, dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime de base d'assurance maladie.



Quelles sont mes obligations ?

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

Obligations de l'employeur :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande de souscription
- Affilier tous les membres du personnel couvert non dispensés et leurs éventuels ayants droit
- Transmettre à l'assureur les bulletins d'adhésion complétés et signés par les salariés
- Remettre la notice d'information aux salariés
- Fournir tous les documents justificatifs demandés

En cours de contrat :

- Informer l'assureur en cas de changement de siège social, de coordonnées bancaires, d'activité principale ou de situation juridique et d'ouverture d'une procédure collective
- Informer l'assureur de toute entrée ou sortie de salariés et de toute modification de la liste des ayants droit couverts à titre obligatoire
- Déclarer les assiettes de cotisations au travers des déclarations sociales nominatives
- Régler les cotisations prévues par le contrat

Obligations du salarié :

A l'adhésion :

- Remplir le bulletin d'adhésion au contrat obligatoire et le remettre à l'employeur
- Le cas échéant, remplir le bulletin d'adhésion aux garanties facultatives
- Fournir tous les documents justificatifs demandés

En cours d'adhésion :

- Informer l'assureur en cas de modification d'adresse, de coordonnées bancaires, de la liste des ayants droit ou de régime obligatoire d'assurance maladie
- Le cas échéant, régler les cotisations correspondant à l'adhésion facultative

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 du fait générateur
- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations correspondant aux adhésions obligatoires sont payables, par défaut, selon une cadence mensuelle. La date limite de paiement des cotisations est fixée au 25 du mois suivant la période mensuelle à laquelle elle se réfère. Les cotisations sont réglées par virement, par prélèvement automatique ou par chèque.

Les cotisations correspondant aux adhésions facultatives sont payables d'avance selon une cadence mensuelle par le salarié adhérent. Les cotisations sont réglées par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

En cadence mensuelle de versement des cotisations, **le contrat collectif de la coopérative** prend effet au premier jour du mois civil suivant la date de réception de la demande de souscription. Il est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction. Il prend fin en cas de résiliation à l'initiative de la coopérative ou de l'assureur, de procédure collective ou de cessation d'activité sans reprise de contrat de travail, de modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail ou de sortie du champ d'application de la convention collective nationale du personnel des sociétés coopératives d'HLM. Les garanties obligatoires cessent le jour où le salarié ne fait plus partie de la catégorie de personnel affiliée ou au terme du contrat collectif, sauf dans les cas de maintien des garanties prévus par le contrat.

L'adhésion facultative du salarié prend effet au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion. Elle est conclue jusqu'au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction. Elle prend fin en cas de dénonciation à l'initiative de l'adhérent ou de l'assureur ou de cessation des garanties obligatoires.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat collectif ou la dénonciation de l'adhésion facultative 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, elle prend effet à la fin de l'exercice civil si elle a été signifiée au moins 2 mois auparavant. A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription ou de l'adhésion, elle peut être demandée à tout moment et prendra effet, par défaut, un mois après la réception de la notification par l'assureur ou, sur demande expresse de la coopérative ou du salarié adhérent, au dernier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assureur a reçu la notification.