

Assurance complémentaire santé collective – CCN EEP



Document d'information sur le contrat collectif obligatoire frais de santé CCN EEP

Groupe France Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et au contrôle de l'ACPR, Immatriculée en France sous le n° de SIREN 784 492 084. Siège social : 56 rue de Monceau, 75 008 Paris.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de vos salariés. Vous trouverez l'information complète sur cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

Le produit CCN EEP permet à un établissement entrant dans le champ d'application de l'accord du 31 janvier 2022 de souscrire un contrat d'assurance collective à titre obligatoire pour l'ensemble de ses salariés et conforme à ses obligations conventionnelles. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du salarié et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la sécurité sociale française. Ce produit propose 5 niveaux de garanties responsables (EEP1, EEP2, EEP3, EEP4 et EEP5). Le contrat peut être complété par un contrat surcomplémentaire facultatif au choix du salarié renforçant le montant des remboursements pris en charge.



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 des prestations. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés.

LES PRESTATIONS SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux généralistes et spécialistes, actes d'imagerie et d'échographie, actes techniques médicaux, médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, analyses et examen de laboratoire, honoraires paramédicaux, frais de transport, matériel médical et soins à l'étranger, psychologue pris en charge par la sécurité sociale.
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires chirurgien et anesthésiste, participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 euros, forfait patient urgences, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses, orthodontie, prothèse dentaire et bridge sur dent saine, inlays core
- ✓ **Optique** : Equipements (monture et verres), suppléments et prestations optiques pris en charge par la sécurité sociale, lentilles.
- ✓ **Aides auditives** : Equipements 100% Santé, équipements hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale et accessoires auditifs.
- ✓ **Autres postes** : Cure thermale (traitement/voyage et hébergement), ensemble des actes de prévention tel que défini par arrêté ministériel du 8 juin 2006, médecines alternatives (diététicien, étiothérapeute...), vaccins contre la grippe, vaccins prescrits et allocation forfaitaire maternité.

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- Lit d'accompagnant (Enfant âgé de - de 16 ans)
- Chambre particulière
- Chirurgie réfractive
- Implantologie et parodontologie non prises en charge par la Sécurité sociale
- Participation Cure thermale
- Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale
- Sevrage tabagique non pris en charge par la Sécurité sociale

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités de perte de salaire versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Médecines alternatives** : remboursement limité par séance et par an, suivant l'option choisie.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un

- ✓ Analyse et délivrance de devis (optique, dentaire, audioprothèses)
- ✓ Télétransmission
- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Protection juridique santé
- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur
- ✓ Réseau de soins Optique
- ✓ Action culturelle: accès à un spectacle par mois à Paris...
- ✓ Espace Adhérent: visualisation et téléchargement des remboursements...

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Services à la personne, accompagnement psycho-social, second avis médical...

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

renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 CSS, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

! **Aide auditive** : remboursement limité à 1 aide par oreille tous les 4 ans.

! Certaines prestations sont limitées à un montant maximum par année civile. Se référer au tableau des prestations.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger : Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement ne se fait qu'en complément de la sécurité sociale française et sur sa base de remboursement.



Quelles sont mes obligations en tant que souscripteur du contrat? En tant que salarié ?

A la souscription du contrat

- Le salarié s'engage à remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion entreprise ;
- L'établissement s'engage à signer les conditions particulières et y joindre les pièces nécessaires à la souscription (extrait k-bis à jour et copie de la pièce d'identité du signataire du contrat) ;
- L'établissement s'engage à transmettre à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation signés par les salariés accompagnés des pièces nécessaires à l'affiliation ;
- L'établissement s'engage à remettre à chacun des salariés la notice d'information du contrat collectif élaborée par la mutuelle.

A l'adhésion au contrat

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au bordereau ;
- L'établissement s'engage à communiquer à la mutuelle tout mouvement du personnel affilié (nouvelles arrivées, retraite, démission, licenciement) ;
- L'établissement s'engage à recueillir auprès du salarié partant sa ou ses cartes de tiers-payant ;

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la notice d'information
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins ;
- Informer le souscripteur en cas de survenance de l'un des événements suivants : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès), changement de profession, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont annuelles. Un paiement mensuel ou trimestriel peut toutefois être accordé. Les cotisations de la couverture obligatoire sont réglées par le souscripteur du contrat par virement ou chèque. Les cotisations des couvertures optionnelles sont payées directement par le salarié par prélèvement mensuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières du contrat collectif. Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés par le contrat. La couverture obligatoire est acquise à chaque salarié à compter de la date d'effet du contrat 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.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être mis fin à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en nous adressant une lettre ou autre support durable au moins deux mois avant cette date. Il peut également être mis fin à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par l'entreprise ou par le salarié (contrat surcomplémentaire uniquement). Pour le salarié, le contrat prend fin en cas de départ de l'entreprise sauf maintien du contrat au titre de la portabilité ou de la loi Evin.