

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 les tableaux de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

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

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation :** frais de séjour, honoraires, transport, forfait journalier, franchise
- ✓ **Soins courants :** consultations médecins généralistes et spécialistes, actes techniques CCAM, auxiliaires médicaux, analyses et travaux de laboratoire, pharmacie à 65%, prothèses médicales, orthopédie, accessoires médicaux, prothèses auditives, fauteuil roulant
- ✓ **Dentaire :** soins dentaires, prothèses, couronnes, inlay core remboursés par la Sécurité Sociale, orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✓ **Optique :** lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées par la Sécurité Sociale, matériel pour amblyopie
- ✓ **Actes de prévention**

Les garanties optionnelles :

Hospitalisation : chambre particulière, lit d'accompagnant

Soins courants : cures thermales, dépenses santé à l'étranger, pharmacie prise en charge à 35% et 15%, pharmacie non remboursée, contraception, tests de grossesse, vaccins prescrits non remboursés

Dentaire : prothèses dentaires, implants, parodontologie non remboursés par la Sécurité Sociale, orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale

Optique : lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale, chirurgie réfractive de l'œil

Bien-être : médecines douces, adhésion club de sport ou de loisir, sevrage tabagique

Prévention : ateliers de prévention, dépistage des troubles de l'audition, bilan de mémoire, ostéodensitométrie

Services : assistance, prime de naissance, frais d'obsèques

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Tiers payant



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ 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 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 :

- ! **Chambre particulière :** limitée à 30 jours en établissement ou services psychiatrique, centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle
- ! **Lit d'accompagnant :** pour les enfants de moins de 16 ans hors maternité, limité à 10 jours par an
- ! **Prothèses auditives :** 1 équipement pour 3 ans, par oreille
- ! **Prothèse, couronne, inlay core remboursés :** limité à 3 par an
- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, sauf évolution justifiée de la vue, réduite à un an pour les enfants.



OUÛ SUIS-JE COUVERT ?

- ✓ 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 remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur
- Régler la cotisation indiquée au contrat

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité Sociale
- Informer la mutuelle des événements suivants : changement d'adresse, changement de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession, passage en retraite.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables mensuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou par prélèvement automatique.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le Certificat d'Affiliation. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat

- Vous pouvez, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, résilier votre contrat sans frais ni pénalités. Nous attirons votre attention sur le fait qu'en cas de résiliation en vue de souscrire un contrat auprès d'un nouvel organisme, les formalités nécessaires à l'exercice de ce droit doivent être effectuées, pour votre compte, par votre nouvel assureur, lequel s'assurera ainsi de la permanence de votre couverture. Cette résiliation prendrait effet un mois après que nous en aurons reçu notification par votre nouvel assureur. Nous vous invitons donc à vous rapprocher de votre nouvel assureur lequel prendra directement contact avec nous.
- En cours d'année pour les bénéficiaires intégrant une entreprise ou un organisme dont le régime de prévoyance et de frais médicaux est obligatoire
- Lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de changement de situation (changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle) et que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.