

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 pré contractuelle 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 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. Ce produit est destiné aux TNS (travailleurs non-salariés) 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 garantie 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, Inlay/Onlay, prothèses dentaires remboursées, orthodontie remboursée
- ✓ **Orthopédie, autres prothèses et appareillages** (hors véhicules et accessoires pour handicapés physiques)
- ✓ **Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Pharmacie à service médical rendu (SMR) modéré ou faible (à partir de la formule m2)

Forfait :

- Chambre particulière (à partir de la formule m2)
- Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans) (à partir de la formule m2)

Prothèses dentaires non remboursées, Orthodontie non remboursée, Implants dentaires et parodontologie non remboursés, Inlay-core (à partir de la formule m2)

Chirurgie réfractive (à partir de la formule m2)

Véhicules et accessoires pour handicapés physiques (à partir de la formule m2)

Médecines alternatives (à partir de la formule m2)

Forfait global annuel cures thermales (à partir de la formule m2)

Sevrage tabagique (à partir de la formule m3)

LES SERVICES ET ASSISTANCES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé (avantages tarifaires chez les opticiens, chirurgiens-dentistes audioprothésistes et centres de chirurgie réfractive partenaires)
- ✓ Assistance (dont assistance accompagnement au quotidien, équilibre vie professionnel, accompagnement en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, assistance aux retraités et seniors, rapatriement médical, etc.)
- ✓ Service de téléconsultation médicale
- ✓ Protection juridique médicale
- ✓ Fonds social
- ✓ Espace adhérent via internet

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 dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire)
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les instituts médico-éducatifs (IME) 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

- ! Tous les frais afférents à des séjours en établissement de convalescence, de repos et de rééducation, au-delà du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier.
- ! **Chambre particulière et lit d'accompagnant** : remboursement uniquement en établissement conventionné.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, excepté pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue auquel cas un équipement est remboursé une fois par an dans la limite des montants de prise en charge
- ! **Dentaire** : plafonnement des remboursements selon la formule choisie (hors soins et consultations) avec un maximum de 3 100€ par an
- ! **Médecines alternatives** : 3 séances par an maximum au global



Où 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 de 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 règlement :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au règlement
- A transmettre une adresse électronique de correspondance pour permettre la transmission des documents contractuels et informatifs

En cours de garantie :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au règlement
- Informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers
- Informer la Mutuelle si je bénéficie d'une garantie de même nature (collectif ou individuelle) que celle assurée par le présent contrat
- Informer la Mutuelle de tout changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de changement de situation familiale, de changement de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou d'adresse électronique de correspondance conformément aux délais prévus au règlement mutualiste
- A restituer la carte de tiers payant qui a été remise par la Mutuelle, en cas de dénonciation de l'adhésion

Pour le versement des prestations

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées
- La demande de remboursement doit parvenir à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le montant de la cotisation est annuel. Elle est payable d'avance, par fractionnement mensuel avant le 10 du mois, par prélèvement automatique ou par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la signature du bulletin d'adhésion, pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an.

La couverture peut prendre fin au 31 décembre de chaque année sauf cas particulier prévu au règlement mutualiste et en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au règlement mutualiste.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au règlement :

- à la date d'échéance principale du règlement, en nous adressant une lettre recommandée ou courrier électronique recommandé au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée ou courrier électronique recommandé dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du règlement par la Mutuelle