

# Complémentaire Santé

Document d'information sur votre garantie individuelle

Mutuale, la Mutuelle Familiale, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et enregistrée au répertoire Sirène sous le numéro INSEE 775 369 887 – siège social - 6 rue Galilée 41260 la Chaussée-St-Victor

Garantie Assistance – numéro 312 517 493 R.C.S. Nanterre - siège sociale - 108 bureaux de la colline 92210 Saint-Cloud

Garantie Individuelle : Mutuelle Communale Option E



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 cette garantie 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 ?

Cette garantie est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du membre participant et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime Obligatoire. La garantie 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 médicale - chirurgicale et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier illimité (hospitalier/psychiatrie), forfait pour les actes lourds ≥ à 120 €,
- ✓ **Transport ambulance, VSL**,
- ✓ **Soins courants** : Consultations - visites, actes techniques médicaux, analyses médicales remboursées, auxiliaires médicaux, pharmacie remboursée, Imageries médicales remboursées, forfait pour les actes lourds ≥ à 120 €, forfait patient urgences (FPU)
- ✓ **Optiques** :
  - Lunettes (monture et verres classe A), suppléments et prestations optiques de classe A (100% santé),
  - Lunettes (monture et verres classe B), suppléments et prestations optiques de classe B, lentilles de contact remboursées, lentilles non remboursées ou jetables,
- ✓ **Dentaires** :
  - Soins et prothèses 100% santé,
  - Hors 100% santé : Soins dentaires, inlays onlays remboursés par le RO, prothèses dentaires, Inlay Core et orthodontie pris en charge par le Régime Obligatoire, Orthodontie non remboursée par le RO,
- ✓ **Matériel Médical** : Dispositifs médicaux, petits appareillages et orthopédie remboursés par le RO,
- ✓ **Aides Auditives** dans les conditions prévues à la garantie ;
- ✓ **Prévention** : Les actes de prévention des contrats responsables, vaccins, bilan du langage et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, contraception non remboursée par le RO,
- ✓ **Soins Thermaux** remboursés par le Régime Obligatoire,
- ✓ **Dispositif Mon soutien psy** selon les conditions prévues par le régime obligatoire
- ✓ **Fonds d'actions sociales.**

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS – ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Réseau de soins Optily
- ✓ Service Tiers payant selon convention,
- ✓ **Assistance Vie Quotidienne.**



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat,
- ✗ Les soins déclarés après un délai de 24 mois suivant la date des soins pratiqués,
- ✗ Les frais non prévus expressément au descriptif des garanties,
- ✗ Les frais non remboursés par le Régime Obligatoire et expressément exclus au descriptif des garanties,
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - dans les unités ou centres de soins de long séjour,
  - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées,
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par le Régime Obligatoire,
- ✗ Des frais inhérents, ou étant les conséquences de maladies professionnelles, accidents du travail ou trajet à l'exception du forfait journalier et les actes non remboursés par la sécurité sociale et prévus au contrat qui devront être pris en charge,
- ✗ Les soins engagés hors de France sauf si les conditions prévues au point « où suis-je couvert ? » sont réunies.



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

- ! La participation forfaitaire médicale 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 :

- ! **Optique** : la prise en charge des dépenses d'optique comprend un équipement complet (monture et verres) en fonction du niveau de correction et dans la limite des plafonds. Elle est par ailleurs limitée dans les conditions ci-dessous :
  - Tous les deux ans pour les adultes de 16 ans et plus ;
  - Tous les ans Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
  - Tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans et ce, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique notamment aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions légales.

- ! La chambre particulière et les frais d'accompagnement ne sont pas pris en charge dans cette garantie,
- ! Les appareils auditifs autres que ceux de classe I sont pris en charge tous les 4 ans conformément à votre contrat et dans la limite de 1700 euros par oreille (y compris remboursement RO).



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France,
- ✓ Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et verse les éventuels forfaits sur justificatifs.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### A la souscription du contrat :

- Répondre avec exactitude aux renseignements demandés dans le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle et dans les documents de souscription, d'adhésion,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat ou bulletin d'adhésion.

#### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle **dans un délai maximum de 24 mois** suivant la date des soins pratiqués,
- Informer la Mutuelle des évènements suivants :
  - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
  - Changement de profession : dans ce cas, le membre participant doit fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.
- Être à jour de ces cotisations pour percevoir les prestations.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Trimestriel, Mensuel). Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion du membre participant et des ayants droit remplissant les conditions statutaires, est effective le 1<sup>er</sup> jour suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle (cotisations comprises) pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an. En cas d'adhésion suite à une résiliation demandée par Mutuale pour le compte de l'adhérent, il n'y aura pas de coupure de couverture entre les deux Mutuelles.

Cette durée se prolongera par tacite reconduction, pour une durée d'un an, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 Décembre.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, le membre participant dispose d'un délai de renonciation 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 ci-dessous et dans le règlement mutualiste.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

### Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance principale du contrat, en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable, déclaration au siège social ou dans l'une des agences de la mutuelle, par acte extrajudiciaire ou en ligne en cas d'adhésion par ce moyen, au moins deux mois avant cette date,
- À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie en cours, par les mêmes moyens qu'en cas de résiliation à l'échéance annuelle ; la résiliation prend alors effet un mois après que la mutuelle en a reçu la notification,
- Chaque année dans les conditions prévues par la loi Chatel,
- En cas de changement de domicile, de modification de votre situation ou de votre régime matrimonial, ou de votre situation professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis. La résiliation doit être sollicitée dans les trois mois de l'évènement.
- En cas d'adhésion à un contrat de groupe obligatoire,
- Période de chômage de plus de six mois,
- En cas de séjour à l'étranger supérieur ou égal à trois mois.