

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 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. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations 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 PRÉVUES

- ✓ **Frais médicaux courants** : consultations, visites médecins, actes techniques médicaux, acte d'échographie et imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses médicales.
- ✓ **Hospitalisation** : chambre particulière dans les limites d'un plafond annuel décrit au tableau des garanties, honoraires chirurgie, honoraires anesthésie, honoraires accouchement.
- ✓ **Frais dentaires** : actes et soins dentaires, soins inlays-onlays, chirurgie dentaire, prothèses remboursées par la Sécurité sociale, orthodontie.
- ✓ **Frais optiques** : monture, verre simple, verre complexe, lentilles.
- ✓ **Appareillages** : accessoires, orthopédie appareillages.
- ✓ **Prévention** : scellement des sillons, contraception.

LES SERVICES PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités 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
 - 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier en maisons d'accueil spécialisées (MAS), et Foyers d'Accueil médicalisé (FAM), n'est pas pris en charge par la Mutuelle.

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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation.
- ! **Chambre particulière** : 35 €/ jour dans la limite d'un plafond annuel selon le découpage suivant : 10 jours pendant les 12 premiers mois de souscription et 20 jours les 12 mois suivants.
- ! **Optique** : une paire de lunettes par an, une paire de lentille par an.
- ! **Dentaire** : Plafond annuel au titre des lignes « prothèses remboursées Sécurité sociale, prothèses non remboursées Sécurité sociale, scanner dentaire, pose d'implant et couronne sur implant » pendant les 24 mois qui suivent la souscription : 1^{ère} année : 1000 € et 2^{ème} année : 1500 €.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger sous condition d'être rattaché à la Sécurité sociale française (Caisse des Français à l'Étranger)
- ✓ Le barème de remboursement de la Mutuelle est identique pour des soins exécutés en France ou à l'étranger.



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 documents justificatifs demandés par la Mutuelle et notamment la photocopie des attestations de droits à l'Assurance maladie en cours de validité de tous les assurés,
- 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 remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer la Mutuelle par écrit de tout changement de situation notamment :
 - changement d'adresse, ajout/suppression d'un ayant droit, modification du centre de régime obligatoire, changement de compte bancaire, modification du numéro de sécurité sociale. Toute demande de modification doit être reçue par le centre de gestion au moins un mois avant la prise d'effet du changement de situation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu, à la date indiquée dans l'échéancier relatif au contrat.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvements automatiques.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est annuelle et prend effet le premier jour du mois qui suit la réception dans nos services du Bulletin d'adhésion, pour une durée expirant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, le 1er janvier de chaque année civile sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les cas et conditions fixées au règlement.

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).

Autres cas de cessation des garanties sous réserve que le Centre de Gestion de la Mutuelle en ait été informé. Il s'agit notamment des cas suivants :

- décès d'un membre participant
- perte de la qualité d'ayant droit sur justificatif du membre participant



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant une lettre recommandée au Centre de Gestion de la Mutuelle au moins deux mois avant cette date. La résiliation prendra effet le 31 décembre de l'année considérée.

LES PRESTATIONS SANTÉ

Le barème ne doit pas être communiqué aux praticiens. Les adhérents ayant droit CMU-C bénéficient des prestations définies par les textes légaux et réglementaires en vigueur. Le barème est applicable par bénéficiaire et concerne tant le membre participant que ses éventuels ayants droit.

(*) : Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (BRRO).

	SUR COMPLÉMENTAIRE (*)
FRAIS MÉDICAUX COURANTS	
Consultation et visite	50% BRRO
Actes techniques médicaux	30% BRRO
Actes d'échographie et d'imagerie médicale	30% BRRO
Analyses et auxiliaires	40% BRRO
HOSPITALISATION - MATERNITÉ	
Chambre particulière Plafond annuel (*) selon le découpage suivant : 12 premiers mois de souscription → limité à 10 jours 12 mois suivants → limité à 20 jours (*) : Le plafond annuel s'applique aux adhérents ayant moins de 24 mois d'ancienneté à la Mutuelle même dans le cas d'un changement d'offre.	35 €
Honoraires chirurgie	50% BRRO
Honoraires anesthésie	50% BRRO
Honoraires accouchement	50% BRRO
DENTAIRES	
Actes & soins dentaires	100% BRRO
Soins inlays-onlays	30% BRRO
Chirurgie dentaire	100% BRRO
APPAREILLAGES	
Accessoires, orthopédie, appareillages	65% BRRO
PRÉVENTION	
Scellement des sillons	10 € / unité
Contraception	80 € / an