

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, radiologie et imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses médicales, majorations et indemnités de déplacement.
- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, chambre particulière, forfait journalier pour les établissements de santé, forfait ambulatoire (établissement de santé) forfait patient.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses remboursées par la Sécurité sociale, orthodontie.
- ✓ **Frais optiques** : monture, verre simple, verre complexe, lentilles, chirurgie réfractive.
- ✓ **Pharmacie**
- ✓ **Appareillages** : appareillages remboursés par la Sécurité sociale (accessoires, orthopédie, prothèses...)
- ✓ **Transport**
- ✓ **Cures remboursées par la Sécurité sociale**
- ✓ **Prévention et examen** : contraception, substitut nicotinique.

LES SERVICES PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Services via l'espace adhérent sur le site Web.

L'ASSISTANCE PRÉVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation
- ✓ Service de proximité : notamment livraison de médicament, courses, portage repas.

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 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.
- ! Les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale ou non répertoriées dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).
- ! Les dépenses réalisées auprès de praticiens non reconnus par les organismes habilités.
- ! Les actes non pris en charge par le régime obligatoire sauf exceptions prévues au tableau.
- ! Les soins de toutes natures dont les dates d'exécution se situent avant la date d'effet de l'adhésion.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation.
- ! **Optique (contrat responsable et solidaire)** : pour les enfants de moins de 18 ans, limitation à un équipement optique par période de 12 mois. Pour les adultes, limitation à un équipement optique par période de 24 mois.



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

Les remboursements interviennent en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des dépenses réellement engagées.

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

FRAIS MÉDICAUX COURANTS

MUTUELLE (*)

Consultations et visites généralistes adhérent à l'OPTAM (7)	Ticket Modérateur + 30% BRRO
Consultations et visites généralistes n'adhérant pas à l'OPTAM (7)	Ticket Modérateur + 10% BRRO
Consultations et visites spécialistes	Ticket Modérateur
Actes Techniques Médicaux (ATM)	Ticket Modérateur
Radiologie, imagerie médicale (ADI) et acte d'échographie (ADE)	Ticket Modérateur
Auxiliaires médicaux	Ticket Modérateur
Analyses médicales	Ticket Modérateur
Majorations et indemnités de déplacement	Ticket Modérateur

HOSPITALISATION - MATERNITÉ

Frais de séjour	Ticket Modérateur
Honoraires chirurgie médecins, anesthésie et obstétrique	Ticket Modérateur
I.V.G.	Ticket Modérateur
Forfait journalier pour les établissements de santé (exclusion du forfait journalier en Maison d'Accueil Spécialisée et Foyer d'Accueil Médicalisé)	Tarif en vigueur sans limitation de durée (3)(9)
Forfait ambulatoire (établissement de santé)	20 € (8)
Forfait patient	Tarif en vigueur (100%) (3)

DENTAIRES

Soins dentaires :

Actes de chirurgie dentaire en « DC »	Ticket Modérateur
Soins inlays-onlays	125% BRRO (2)
Actes et soins dentaires	Ticket Modérateur

Prothèses remboursées Sécurité sociale :

Fixes	Ticket Modérateur (2)
Amovibles	Ticket Modérateur (2)
Inlay core	Ticket Modérateur (2)
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	Ticket Modérateur

OPTIQUE (6A)

Monture	40 € (2)
Verre simple (6B)	30 € / verre (2)
Verre complexe (6B)	80 € / verre (2)
Lentilles remboursées Sécurité sociale	50 € / lentille (2)
Lentilles non remboursées Sécurité sociale	100 € / an (2)

PHARMACIE

Médicaments remboursés à 100% par l'assurance maladie obligatoire	-
Médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire	Ticket Modérateur
Médicaments remboursés à 30% par l'assurance maladie obligatoire	Ticket Modérateur
Médicaments remboursés à 15% par l'assurance maladie obligatoire	-

APPAREILLAGES

Appareillage remboursé Sécurité sociale (accessoires, orthopédie, prothèses...)	Ticket Modérateur
---	-------------------

TRANSPORT

Transport	Ticket Modérateur
-----------	-------------------

CURES REMBOURSÉES SÉCURITÉ SOCIALE

Cures remboursées Sécurité sociale	Ticket Modérateur
------------------------------------	-------------------

PRÉVENTION

Contraception	40 € / an (1) (5)
Substitut nicotinique	50 € / an (4)

(1) : Sur présentation de la facture originale détaillée et acquittée.

(2) : Transmettre la facture originale acquittée des actes réalisés.

(3) : Sur présentation de la facture des frais de séjour de l'établissement ou du bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie (facture AMC) ou des données Sécurité sociale.

(4) : Au vu du remboursement par l'assurance maladie de la première étape du traitement et sur présentation de la facture originale acquittée de la seconde et de la troisième étape du traitement.

(5) : Contraception masculine et féminine.

(6A) : Les remboursements d'équipement optique sont soumis à des conditions de périodicité ; ces périodes sont fixes et ne peuvent être ni réduites ni allongées. Elles s'apprécient sur la base de la date de souscription à l'offre.

- **Limitation à un équipement optique (une monture et 2 verres) par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.**
- **Limitation à un équipement optique (une monture et 2 verres) par période de 24 mois pour les adultes. Par dérogation, cette période est réduite à 12 mois en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sur la base d'une prescription médicale facture).**
- **Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date de souscription à l'offre (verres ou monture) et s'achève 24 mois après (adulte) ou 12 mois après (enfant).**

(6B) :

Verre(s) simple(s) :

- verres simple foyer (sphère entre -6 et +6) ou cyl \leq +4

Verre(s) complexe(s) :

- verres simple foyer (sphère sup à -6,00 ou + 6,00) ou cyl $>$ +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.
- verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro cylindriques avec sphère hors zone (-8,00 à +8,00) ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00.

(7) : L'OPTAM (Option Pratique TARifaire Maîtrisée) est un dispositif instauré par la Convention médicale du 25 août 2016 par lequel les praticiens sont invités à souscrire une convention avec la Sécurité sociale afin de pratiquer des dépassements d'honoraires plus encadrés donc maîtrisés. Les remboursements opérés par la Mutuelle sont différents selon que le professionnel de santé a souscrit ou non cette option afin de respecter la réglementation propre aux contrats responsables.

L'OPTAM est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Elle remplace le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les critères d'éligibilité sont les mêmes que pour le CAS.

(8) : Ce montant sera versé lors de toute hospitalisation « de jour » ne donnant pas lieu au versement du forfait journalier (ou hospitalier).

(9) : **Le forfait journalier, en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), n'est pas pris en charge par la Mutuelle.**