

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance.

Protection Mutuelle et Familiale Mutuelle Santé agréée en branche d'activité 2 (Non vie).

Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 339 332 967.



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 sont détaillés dans le tableau des garanties annexé au document d'information et de conseils préalables en vue de l'adhésion à une complémentaire santé.

Le produit « Assurance Complémentaire Santé » est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie auprès duquel il est assuré.

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 garantie choisi (voir tableau des garanties annexé au document d'informations et de conseils préalables). Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport médicalement prescrit ;
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, examens médicaux, actes des auxiliaires médicaux, frais pharmaceutiques (remboursés à 65% et à 30% par les régimes obligatoires) ;
- ✓ **Frais d'optique** : lunettes (monture et verres), équipement 100% santé tel que définis réglementairement, lentilles de contact ;
- ✓ **Chirurgie de l'œil** ;
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses 100% santé tel que définis réglementairement, soins dentaires, prothèses fixes et amovibles, orthodontie ;
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives 100% santé tel que définis réglementairement, aides auditives hors 100% santé.
- ✓ **Appareillages pris en charge par les régimes obligatoires** : prothèses (non dentaires et non auditives), orthèses, fauteuils roulants ;
- ✓ **Chambre particulière**, lit accompagnant ;
- ✓ **Implants dentaires** ;
- ✓ **Médicaments à 15%** ;
- ✓ **Ostéodensitométrie osseuse** ;
- ✓ **Cure thermale** accordée par le régime obligatoire pour les frais d'hébergement et de transport.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par le régime obligatoire.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes.



Y-at-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 :

- ! **Optique** : prise en charge limitée à 1 équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de variation de la correction à 0,5 pour un verre et 0,25 pour deux verres. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement sera au maximum de 100€.
- ! **Chambre particulière** : durée de prise en charge et tarif variables en fonction de la garantie souscrite ;
- ! **Dentaire** : tarif variable en fonction de la garantie souscrite ; prothèses dentaires, orthodontie, implants dentaires après 12 mois d'adhésion, hors 100% santé ;
- ! **Appareillage auditif** : tarif variable en fonction de la garantie souscrite après 12 mois d'adhésion hors 100% santé. Prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans avec un plafond de remboursement de 1700€ par oreille à compter du 01/01/2021.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger ;
- ✓ Pour les soins dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quel que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés ;
- Régler la cotisation définie au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement du régime obligatoire ;
- Informer l'assureur par lettre recommandée dans les 15 jours de survenance de l'évènement : changements de situation telle que changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires d'assurance maladie, changement de domiciliation bancaire.



Quand et comment effectuer mes paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date fixée par le contrat.
Un paiement fractionné peut être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel ou Mensuel).
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, fixée d'un commun accord, est indiquée au certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou lors d'un 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 et année à sa date d'échéance principale sauf résiliation de l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'adhésion, par lettre ou tout autre support durable. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.