

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du Règlement Mutualiste. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans le Règlement Mutualiste et le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit est une assurance complémentaire santé et prévoyance qui est destinée 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 et à verser des indemnités journalières en cas de perte de salaire ou de traitement due à une maladie ou un accident



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

✓ HOSPITALISATION

Honoraire ; Frais de séjour ; Forfait journalier hospitalier ; Forfait journalier psychiatrique ; Participation assuré transitoire (PAT) ; Forfait Patient Urgences ; Lit accompagnant ; Chambre particulière

✓ SOINS COURANTS

Honoraires médicaux (dont Radiologie) ; Honoraires paramédicaux ; Analyses et examens de laboratoire ; Consultations d'ostéopathie ; Séances de chiropractie ; Podologie, pédicure ; Séance d'acupuncture ; Sage-femmes ; Transport ; Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale ; Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ; Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale ; Pansements, accessoires ; Contraceptifs oraux prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale ; Matériel médical inscrit à la Liste des Produits et Prestations (Véhicules pour handicapés physiques ; Orthèses ; Prothèse mammaire et capillaire ; autres)

✓ DENTAIRE

Soins et prothèses « 100 % Santé » ; Soins ; Prothèses remboursées ou non par la Sécurité sociale ; Implantologie ; Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale

✓ OPTIQUE

Équipement « 100 % Santé » ; Monture ; Verres ; Prestation d'adaptation ; Suppléments optiques Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale ; Chirurgie de la vision

✓ AIDE AUDITIVE

Équipement « 100 % Santé » ; Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale ; Fournitures et accessoires

✓ DIVERS

Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale ; Maternité (Bilan acoustique du nouveau-né, amniocentèse et caryotype fœtal non pris en charge par la Sécurité sociale)

✓ ASSISTANCE

GARANTIE PRÉVOYANCE en option

Versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Ce produit ne rembourse pas :

- ✗ Les soins non prévus dans le tableau des prestations
- ✗ L'incapacité temporaire de travail n'est prise en charge que si l'arrêt de travail initial est antérieur à la date d'effet de l'adhésion
- ✗ Les indemnités journalières ne sont versées qu'en cas de perte de salaire ou de traitement



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

Les principales exclusions de votre garantie santé :

Exclusions « contrats responsables »

- ! La participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées
- ! Hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge
- ! Hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1

Autres exclusions contractuelles (sauf dispositions spécifiques prévues au tableau de garanties) :

- ! Les actes hors nomenclature
- ! Les frais non remboursés par la Sécurité sociale
- ! Les frais entrants dans le cadre de l'action sanitaire et sociale
- ! Le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux
- ! Les interventions, quelle qu'en soit la nature, pratiquées à la suite d'une infirmité donnant droit au bénéfice des dispositions de l'article L 212-1 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre
- ! La chambre particulière en cas de maternité

Exclusions de la garantie Incapacité temporaire de travail :

- ! Mutilation volontaire
- ! Participation volontaire à une rixe
- ! Participation directe et effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, guerre civile ou étrangère, cataclysme, ayant le caractère de force majeure



Où suis-je couvert ?

- La garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion, le membre participant transmet avec son bulletin d'adhésion :

- Une photocopie recto / verso d'une pièce d'identité (hors permis de conduire) ;
- Son attestation d'affiliation à un régime de Sécurité sociale et celle de chaque membre bénéficiaire ;
- Un mandat de prélèvement SEPA de la Mutuelle rempli, daté et signé en cas de paiement par prélèvement bancaire ;
- Un relevé d'identité bancaire pour le paiement des prestations ;
- Un mandat de résiliation du contrat précédemment souscrit, le cas échéant ;
- Pour les ayants droit d'un personnel civil ou militaire : un document justifiant leur lien avec un personnel civil ou militaire du ministère des Armées, de son Secrétariat d'Etat ou de tout organisme qui lui est rattaché
- Son dernier bulletin de paie s'il choisit la garantie incapacité temporaire de travail
- Pour l'époux(se) : une copie du livret de famille. Pour le concubin : un justificatif de domicile commun (quittance de loyer, facture d'un fournisseur d'électricité...). Pour le partenaire de PACS : une copie de la convention de PACS sur laquelle figure le visa de la mairie ou un extrait d'acte de naissance ou le récépissé en cas de PACS devant notaire ; Une attestation sur l'honneur selon laquelle le conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle, le cas échéant. Pour les enfants : un certificat de scolarité ou un document justifiant du handicap. Pour les autres personnes à charge fiscale : une copie de l'avis d'imposition du membre participant ou de celui du concubin ou du partenaire de PACS le cas échéant. Pour les frères et sœurs : une copie du livret de famille. Une attestation d'affiliation à un régime de Sécurité sociale pour chaque membre bénéficiaire.

Le membre participant est tenu d'informer la Mutuelle de toute modification de sa situation personnelle et professionnelle (mise à la retraite, changement d'adresse, de régime matrimonial, naissance, congé sans solde...) et de transmettre les justificatifs correspondants.

Le membre participant est tenu de transmettre annuellement, au mois d'octobre, les justificatifs suivants :

- Certificat de scolarité et attestation d'affiliation à un régime de Sécurité sociale pour les enfants étudiants ;
- Son avis d'imposition pour les personnes à charge ou celui de son partenaire de PACS ou concubin, le cas échéant ;
- Une attestation sur l'honneur de non-exercice d'une activité professionnelle pour le conjoint, le cas échéant ;
- Son bulletin de paie du mois de septembre, le cas échéant.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion dans les 10 jours suivant leur échéance fixée le 1er de chaque mois, trimestre, semestre ou année, selon la périodicité choisie.

Les cotisations sont payables d'avance.

Les cotisations sont payées annuellement, semestriellement, trimestriellement en cas de paiement par chèque.

En cas de prélèvement sur le compte bancaire du membre participant, les cotisations sont payées mensuellement ou trimestriellement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion du membre participant prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

L'adhésion prend fin au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction.



Comment puis-je résilier l'adhésion ?

Le membre participant peut dénoncer son adhésion par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque la Mutuelle le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- À l'échéance du contrat, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, à tout moment. La résiliation sera effective un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'adhérent ;
- Dans le délai de 3 mois suivant la survenance de l'un des événements prévus à l'article L 221-17 du code de la mutualité lorsque l'événement change le risque ;
- Dans les conditions de l'article L 221-10-1 du code de la mutualité