

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance santé

Mutuelle X –

immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité :

Produit : Ma Mutuelle De Région

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 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 ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné aux citoyens de la Région Occitanie pour rembourser tout ou partie des frais médicaux restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français. 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, 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 et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, actes, soins, participation forfaitaire pour les actes lourds, forfait patient urgences.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, lit accompagnant
Implants dentaires et parodontologie
Chirurgie réfractive
Pack Prévention Bien-Etre prévu à la garantie
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Tiers Payant chez la plupart des professionnels de santé qui le souhaitent
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Service en ligne dans l'espace personnel

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les dépassements d'honoraires lors de soins pratiqués à l'étranger
- ✗ 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 journalisé facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ❗ La participation forfaitaire 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

- ❗ **Chambre particulière** : remboursement de 30 jours par an en fonction de la discipline particulière (convalescence, rééducation...)
- ❗ **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ❗ **Dentaire** : prise en charge limitée par an en fonction de la garantie choisie hors 100% santé
- ❗ **Appareillage auditif** : remboursement limité à 2 appareils tous les 4 ans
- ❗ **Médecine douce** : sur facture par an et par bénéficiaire en fonction de la garantie choisie dans la limite du plafond



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée et dans la limite du ticket modérateur, hors forfait.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la Mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par le conseiller (Attestation de droits AMO, être résidant dans un département de la région Auvergne Rhône-Alpes),
- Régler la cotisation (ou fraction de 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 des événements suivants dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - 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, l'assuré 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.

En cas de demande de remboursements :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le bulletin d'adhésion. Aucun délai de stage n'est appliqué.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale fixé au 31 Décembre sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter du jour où l'adhésion a pris effet ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions d'adhésion si la date est postérieure à la précédente.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre.
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle exerçant une influence directe sur les risques garantis : dans le cadre d'un contrat santé collectif à caractère obligatoire non familial pour l'adhérent seul, dans le cadre d'un contrat collectif familial pour l'ensemble de la famille, par suite de l'obtention de la CSS
- par le biais de la résiliation infra annuelle dans les dispositions de l'Article L221-10-2 du code de la mutualité soit, après un an d'adhésion révolu, dans un délai de 30 jours après la notification à la mutuelle,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification (loi Chatel),
- en cas de modification du contrat à la suite d'une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par la Mutuelle.