

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutualia Alliance Santé. Mutuelle immatriculée en France, sous le numéro SIREN n° 403 596 265. Soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.
Produit : MANDARINE - Formules : COMMU 1 À COMMU +



Entre nous, c'est humain

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Les informations complètes sur l'offre sont présentées dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement sont détaillés dans la grille de garanties

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé « COMMU » est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau cahier des charges « 100% Santé ». Il inclut également des services associés.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie 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, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge. Les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire.

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires médicaux et chirurgicaux, actes médicaux, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour. Prise en charge de la participation pour actes lourds.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical.
- ✓ **Frais optiques** : équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé. Orthodontie prise en charge par le RO.
- ✓ **Aides auditives** : équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres.
- ✓ **Prévention** : actes de prévention prévus à l'arrêté ministériel du 08/06/06, pilule contraceptive non prise en charge par le RO sur prescription médicale.
- ✓ **Transport** : Frais de transport médical pris en charge par le RO.

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Tiers-payant, Réseau de soins, Assistance, Fonds social, Espace adhérent.
- ✓ Téléconsultation.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet du contrat et après sa date résiliation.
- ✗ les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- ✗ le forfait journalier hospitalier exclu en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
- ✗ les dépenses soins ou interventions non pris en charge par le RO, sauf cas particuliers prévus dans les garanties souscrites
- ✗ lorsque l'adhérent bénéficie de la part de son RO d'un remboursement à 100% et que les garanties souscrites ne prévoient pas de dépassement
- ✗ la chambre particulière exclue en ambulatoire
- ✗ les cures thermales en thalassothérapie



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

Les principales exclusions du contrat

- ! La participation forfaitaire et les franchises prévues sur les médicaments, les transports, les actes médicaux et paramédicaux
- ! Les majorations de participation appliquées par l'Assurance maladie pour non-respect du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhèrent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les principales restrictions

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée au Ticket Modérateur (TM) en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie.
- ! **Dentaire** : remboursements sur l'ensemble des prothèses dentaires remboursées par le RO hors panier de soins 100% Santé limités à un plafond annuel. Au-delà remboursement à hauteur du TM.
- ! **Equipements Optiques** : limités à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de 2 ans. Cette période est réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 16 ans, et à 6 mois pour les enfants de moins de 7 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
- ! **Equipements audioprothèse** : prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans.



Où suis-je assuré ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, le contrat intervient uniquement dans les cas et sur la base de remboursement d'un régime d'assurance maladie obligatoire.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

A la souscription :

- remplir avec exactitude le bulletin individuel d'affiliation, le dater et le signer
- fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle au centre de gestion désigné sur la notice d'information qui vous sera remise
- régler les cotisations selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin individuel d'affiliation.

En cours d'affiliation :

- payer les cotisations
- déclarer à Mutualia les événements suivants dans un délai de 3 mois :
 - => changement de situation : changement de situation familiale (mariage, naissance, séparation, décès, divorce, concubinage, PACS), changement de régime de base de sécurité sociale ou de régime local d'assurance maladie complémentaire (Alsace-Moselle), appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement d'adresse ou de compte bancaire
 - => changement de statut professionnel : cessation d'activité, perte d'emploi, départ à la retraite, etc.
- produire chaque année, ou sur demande de la mutuelle, tout document justificatif demandé par Mutualia

En cas de sinistre :

- fournir les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations
- faire parvenir les demandes de remboursement dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de réalisation de l'acte
- informer la mutuelle de tous accidents ou agressions causés par une tierce personne et dont vous ou vos ayants droit seriez victimes.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont annuelles. Elles sont payables d'avance (à terme à échoir), par prélèvement mensuel, trimestriel ou semestriel sur votre compte bancaire ou semestriellement ou trimestriellement par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Votre affiliation prend effet :

- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'affiliation. La prise d'effet de votre affiliation est matérialisée par la signature de votre bulletin individuel d'affiliation.

Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

Votre affiliation prend fin :

- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résiliation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Résiliation annuelle

Vous pouvez mettre fin à votre affiliation :

- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, par tout moyen (lettre simple ou support durable), au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre affiliation ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat;
- après l'expiration d'un délai d'un an à compter de votre première affiliation, à tout moment, par tout moyen (lettre simple ou support durable), seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités.

La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.

Résiliation exceptionnelle en cours d'année :

Vous pouvez également dénoncer votre affiliation au contrat en cours d'année si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Être bénéficiaire de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) ou d'une complémentaire santé obligatoire au titre d'un contrat collectif, sous réserve de fournir une attestation à la Mutuelle.

- En cas de survenance d'un changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial ou de situation professionnelle (retraite, cessation d'activité...), sous réserve que la modification de situation ait entraîné une modification de l'objet de la garantie.

- En cas de modification du contrat collectif facultatif, l'affiliation peut être dénoncée dans le mois qui suit la remise de la notice d'information établie en conséquence.

La résiliation prend effet le 1er jour du mois civil suivant la notification et la communication des justificatifs.