

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 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 ?

Les Formules des Familles et des Particuliers sont destinées à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, 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. Les Formules des Familles et des Particuliers respectent les conditions légales des contrats responsables et sont éligibles au dispositif fiscal Madelin.



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. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation médicale et chirurgicale** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie,
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, frais d'accompagnement,
- ✓ **Allocation de bienvenue** versée lors de l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant sa naissance,
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, auxiliaires médicaux, actes de laboratoire et d'imagerie, transport sanitaire, actes techniques médicaux
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie de l'œil,
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie,
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses,
- ✓ **Prévention** : ostéopathie et autres médecines non conventionnelles, vaccination anti-grippe, contraception masculine/féminine, aide à l'arrêt du tabac.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Espace adhérent pour suivre vos cotisations et vos remboursements,
- ✓ Service d'analyse de devis,
- ✓ Tiers payant.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat,
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail,
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire d'un euro 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 limité en montant et en durée suivant l'option ou la formule choisie,
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue ou pour un enfant mineur (remboursement possible tous les ans),
- ! **Prothèses dentaires et orthodontie** : remboursements limités à un plafond annuel (prothèses remboursées par la Sécurité sociale) et à un nombre d'actes par an (prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale) variable suivant la Formule choisie,
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un appareil par an et par oreille,
- ! **Médecine non-conventionnelle** : remboursement limité à un forfait en euros par an et par bénéficiaire (variable suivant la Formule choisie).



Où suis-je couvert ?

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



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, l'adhérent doit :

A la souscription :

- Être affilié à un régime obligatoire français d'assurance-maladie,
- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion et la signer, et fournir l'ensemble des pièces complémentaires demandées,

Durant le contrat :

- Payer la cotisation prévue au contrat,
- Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
- Signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat,
- Les cotisations peuvent être réglées par chèque (uniquement pour le paiement annuel) ou par prélèvement bancaire. Le fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel est possible et aucuns frais de fractionnement ne sont appliqués.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- **Le contrat prend effet** à la date fixée d'un accord commun indiquée sur les justificatifs d'adhésion. Il dure jusqu'au 31 décembre suivant et se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat,
- En cas de contrat conclu à distance, 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).



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié par lettre recommandée avec accusé de réception :

- A l'échéance annuelle, moyennant un préavis d'un mois avant le 31 décembre de l'année en cours,
- En cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance,
- En cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délais d'un mois à compter du jour où cette modification est notifiée à l'adhérent,
- A la fin du mois de réception de l'ensemble des documents stipulés dans le Règlement mutualiste en cas d'adhésion à un contrat collectif à adhésion obligatoire de complémentaire-santé.