Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit mutualiste



Substitué par la Mutuelle familiale 52, rue d'Hauteville 75487 Paris cedex 10, Siren 784 442 915

Produit: MUTEO SANTÉ COMMUNALE 3 garanties: MUT-ÉCO, MUT-SÉCU, MUT-CONF.

Par l'intermédiaire de : MUTEO - 134 route d'Avignon - 30000 NÎMES





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 **MUTEO SANTÉ COMMUNALE** est destiné 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. 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, forfait maternité, franchises
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65%, 35%, 30% et 15% par la Sécurité sociale)
- Frais optiques: Lunettes (monture et verres), lentilles de contact y compris le 100% santé
- Frais dentaires: Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie y compris le 100% santé
- ✓ Appareillages Auditifs et accessoires pris en charge par la Sécurité Sociale y compris le 100% santé
- ✓ Appareillages remboursés par la Sécurité sociale : petit et grand appareillage, prothèses et orthèses
- Médecine douce : ostéopathie ou chiropractie ou étiopathie ou diététicien ou pédicure
- ✓ Frais de télévision : 30 jours par hospitalisation

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, lit accompagnant Implants dentaires Chirurgie réfractive

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- Centre Mutualiste (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ MEDAVIZ Service de Téléconsultation
- ✓ Service de devis
- ✓ Site Web Espace adhérent Appli mobile

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation
- Aides et informations juridiques et administratives
 Conseil social

Les garanties précédées d'une coche √ 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 versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- Les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale et non prévus dans le tableau de garantie
- 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.
- Les dépenses non liées à une maladie, une maternité ou un accident telles que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements et chirurgie esthétiques,
- Le forfait journaliser 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 de 1€ et les franchises sur les boites 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
- Frais accompagnant : sous conditions d'âge et limités à 30 jours par an
- **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 à un plafond définie selon la garantie par an et Hors Ticket Modérateur et 100% santé
- Appareillage auditif : remboursement limité à 1 appareil par oreille tous les 4 ans



Où suis-je couvert?

- ✓ En France Métropolitaine, départements d'Outre-Mer et à l'étranger.
- ✓ La garantie d'Assistance ne concerne que la France Métropolitaine.
- ✓ Soins dispensés dans un pays relevant de l'UE : les remboursements de la Mutuelle obéiront aux règles définies par le régime général de la Sécurité Sociale, les dispositions du règlement étant applicables dans l'UE.
- ✓ Soins dispensés dans un pays extérieur à l'UE : une prise en charge par la Sécurité Sociale est indispensable. Les demandes de remboursement seront réglées sur présentation des justificatifs des dépenses et du décompte de la Sécurité Sociale



Quelles sont mes obligations?

Sous peine de suspension de garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- 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 l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des évènements suivants, par lettre recommandée, 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 l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



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 au Certificat d'adhésion. En application des articles L221-18 et L221-18-1 du Code e la Mutualité, en cas de contrat conclu à distance ou suivant un démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège de la Mutuelle de Bagneaux : 67-69 rue du Gâtinais 77167 BAGNEAUX SUR LOING. Ce délai 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 en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- À la date d'échéance principale du contrat mutualiste, en nous le notifiant par lettre, par mail ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité, au moins deux mois avant cette date,
- À tout moment, sans frais ni pénalité, après une année d'adhésion, en nous le notifiant par lettre, par mail ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.

Votre courrier est à envoyer à l'adresse suivante : MUTUELLE DE BAGNEAUX 67-69 rue du Gâtinais 77167 BAGNEAUX SUR LOING.