

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutualia Territoires Solidaires . Mutuelle immatriculée en France, sous le numéro SIREN 449 571 256. Soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.



Produit : Santé Plus

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 le tableau de garanties.

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

Le produit Santé Plus a pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent ou ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément d'un régime obligatoire d'Assurance maladie (RO) et le cas échéant, pour couvrir des garanties non prises en charge par le RO. Le produit Santé Plus est solidaire et responsable.



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 dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues :

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds**. Ils ne peuvent dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes d'imagerie et d'échographie, honoraires paramédicaux, analyse et examens de laboratoire, médicaments PEC RO, matériel médical PEC RO, analyse non PEC RO, transport PEC RO
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires (médicaux, chirurgicaux), frais de séjour, forfait journalier, hospitalisation à domicile, chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire, forfait d'accompagnement de l'enfant, prime de naissance ou d'adoption
- ✓ **Optique** : équipements 100% santé et à tarifs libres, lentilles PEC RO ou non PEC RO, autres prestations optiques 100% santé et à tarifs libres, chirurgie réfractive
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses PEC RO ne relevant pas du dispositif 100% santé, prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, implants/parodontologie non PEC RO et PEC RO, orthodontie PEC ou non RO
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) et équipements à tarifs libres
- ✓ **Cures thermales PEC RO**: soins, forfait thermal, transport, hébergement pris en charge par le RO
- ✓ **Prévention** : actes de prévention pris en charge par le RO, diagnostic prostate
- ✓ **Forfait bien être**

Les services systématiquement prévus :

- ✓ **Réseau de soins optique carte blanche**
- ✓ **Mutualia Assistance** : assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation (aide-ménagère, livraison de médicaments, garde d'enfant, etc.)

Les garanties précédées d'une coche sont systématiquement proposées par le contrat, quelle que soit la formule souscrite.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet du contrat et après sa date de résiliation
- ✗ Les prestations non prises en charge par l'assurance maladie et non expressément prévues dans le tableau des garanties



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'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les principales restrictions :

- ! **Forfait accompagnement de l'enfant** : pour les enfants de moins de 16 ans
- ! **Prime de naissance ou d'adoption** : sous condition de l'affiliation au contrat
- ! **Equipements optiques** : limité 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.
- ! **Lentilles PEC RO** : forfait par période annuelle, une fois le forfait intégralement consommé, prise en charge à hauteur du ticket modérateur
- ! **Equipements audioprothèse** : à compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans.
- ! **Forfait bien-être**: forfait annuel à utiliser librement, sur les différents actes, dans la limite du forfait.



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 de suspension des garanties, de leur nullité ou de non couverture, vous devez :

A la souscription du contrat

- Renseigner avec exactitude et précision toutes les informations demandées sur le bulletin d'adhésion et nécessaires à la mise en œuvre de la garantie choisie
- Fournir tout document justificatif demandé par HENNER
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

En cours de contrat

- Payer les cotisations
- Déclarer à HENNER 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 situations personnelles, cessation d'activité, perte d'emploi, départ à la retraite, etc.

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont annuelles. Elles sont payables d'avance (à terme à échoir), par chèque ou par prélèvement sur votre compte bancaire annuellement ou par fractionnement mensuel



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- L'adhésion prend effet le 1er jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur ce bulletin. L'adhésion est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.
- Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet de l'adhésion fixée au bulletin d'adhésion et prennent fin à la date de résiliation du contrat.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Résiliation annuelle

Le contrat peut être résilié annuellement par l'envoi d'un courrier recommandé à au siège de Diffusion Santé (470 rue des Grillères – 01 580 Matafelon Granges) :

- avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier qui suit ;
- un droit de renonciation est possible en cas de vente à distance ou de démarchage dans les conditions et délais prévus au sein de votre contrat.

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la notification de la communication des justificatifs.

« Selon les dispositions prévues aux articles L221-10-2 et L221-10-3 du code de la mutualité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, la résiliation du contrat par l'employeur prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification, par lettre simple ou tout autre support durable. »