

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance complémentaire santé

Mutuelle de la Corse - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité sous le n° SIREN 783 005 655

Garantie RESTONICA - Gamme complémentaire santé à destination des souscriptions individuelles.

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 ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé 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. Ce produit spécifique ne prend pas en compte 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 des prestations, 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. (CF. exemples de remboursement joints au tableau des garanties)

LES GARANTIES PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires et dépassement d'Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, Chambre particulière, frais d'accompagnant, transport.
- ✓ **Naissance, Adoption** : 6 mois de cotisation offerte si inscription dans les 3 mois suivant l'événement.
- ✓ **Cures** : Soins (hors hébergement)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact acceptées ou refusées par la Sécurité sociale
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, inlay-onlay, appareils amovibles), orthodontie remboursés ou pas par la Sécurité sociale, Implants dentaires et parodontologie
- ✓ **Bien-être** : Actes de soins non conventionnels (Médecines douces: détail dans la grille de prestation jointe), Participation sur Licence sportive, Forfait contraception orale non prise en charge par la Sécurité sociale

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation
- ✓ Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont 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 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 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 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 dans la limite de 35€ par jour.
- ! **Frais d'accompagnant** : pour les enfants de moins de 16 ans ou pour tous si hospitalisation au-delà de 50 km du domicile, dans la limite de 25€ par jour et 90 jours par an et par bénéficiaire.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue. Forfait lentilles dans la limite de 100€ par an.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à 900€ par an (hors soin et inlay-onlay) incluant un forfait acte non pris en charge par l'AMO de 300€ par an, au-delà du forfait remboursement limité au TM.
- ! **Appareillage auditif** : forfait en complément de la base de remboursement de 300€ par oreille et par an
- ! **Médecine douce** : 30€ la séance dans la limite du forfait bien-être de 130€ par an et par bénéficiaire (175€ après 2 ans d'ancienneté)



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

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- 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, ou la date de facturation des soins pour les soins non pris en charge par l'AMO.
- Informer la Mutuelle des événements 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, prélèvement automatique ou Carte Bleue (dans certaines Agences).



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 Bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, 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).

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 au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.