

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle de la Corse - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité sous le n°783 005 655, sise 8 avenue Maréchal Sébastiani, 20200 BASTIA

Garantie TNS LOI MADELIN CELAVU - Garantie complémentaire santé à destination des souscriptions pour les Individuels pouvant bénéficier des dispositions fiscales de la LOI MADELIN. Contrat collectif facultatif souscrit auprès de l'association l'Association Corse des Travailleurs Indépendants (ACTI).

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 ?

La **Garantie TNS LOI MADELIN CELAVU** est un contrat collectif à adhésion facultative proposé au souscripteur personne physique exerçant une activité professionnelle non salarié. Le contrat a pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par les salariés et leurs éventuels bénéficiaires. Il intervient en complément du Régime Obligatoire du salarié, le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et solidaires.



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 la charge des salariés affiliés. (Cf. détail des limites de remboursement dans la grille de prestations jointe)

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** Consultations et visites médecins avec dépassement d'honoraires, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré et faible (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale (S.sociale)).
- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Honoraires avec dépassement, 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. Forfait Fécondation In vitro, Amniocentèse, péridurale, test trisomie.
- ✓ **Cures :** Soins Ticket Modérateur (TM)+ forfait annuel hébergement et transport.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale :** Ticket Modérateur+forfait annuel.
- ✓ **Aides auditives :** Equipements "100% santé", pour les audioprothèses remboursées par la S.sociale en panier à tarif libre prise en charge TM+forfait par oreille.
- ✓ **Frais optiques médicale:** Equipements "100% santé" et prestations associés (monture et verres; appairage et adaptation des verres; supplément pour verre avec filtre). Autres équipements et prestations associés remboursés par la S.sociale. Lentilles de contact acceptées ou refusées par la S.sociale. Chirurgie Oculaire.
- ✓ **Frais dentaires :** Soins dentaires, prothèses dentaires "100% santé"(couronnes, bridges, inlay-onlay, appareils amovibles), autres prothèses dentaires remboursées par la S.sociale, orthodontie prise en charge ou pas par la S.sociale, détartrage. Implants.
- ✓ **Bien-être :** Actes de soins non conventionnels (Médecines douces: détail dans la grille de prestation jointe), Forfait contraception orale non prise en charge par la S.sociale. Substituts Nicotiniques, Densitométrie Osseuse, participation licence sportive.
- ✓ **Vaccins prescrit non pris en charge par la S.sociale :** forfait annuel

L'ensemble des prestations prévues au contrat est détaillé dans le tableau des garanties remis à l'affilié.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Service d'analyse de devis

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

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

le détail des prestations de l'assistance est disponible dans la notice d'assistance remise à l'adhérent.



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 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 journalier 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 forfaitaire journalier selon le type d'hospitalisation (Cf. Tableau des garanties).
 - ! **Frais d'accompagnant :** Montant forfaitaire limité à 30 J/AN par bénéficiaire (pour les enfants de - 16 ans ou une hospitalisation à plus de 50 KM du domicile).
 - ! **Frais de télévision, de téléphone et d'internet en cas d'hospitalisation :** pas de prise en charge.

- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans (adultes de plus de 16 ans), réduite à 1 an pour un mineur (jusqu'à 16 ans) ou en cas d'évolution de la vue. Hors panier 100% santé, la monture et les verres sont remboursés dans la limite d'un montant forfaitaire selon le type de verre (cf grille de prestations en annexe), TM (si prise en charge par la S.sociale)+forfait annuel pour les lentilles. Forfait annuel par œil par la Chirurgie oculaire.
- ! **Dentaire pris en charge par la S.sociale:** prise en charge limitée à un pourcentage de la Base de remboursement de la S.sociale pour les paniers modérés disposant d'un PLV et pour les paniers libres ne disposant pas d'un PLV ou hors panier 100% santé. Orthodontie prise en charge limitée à un pourcentage de la Base de remboursement de la S.sociale.
- ! **Dentaire non pris en charge par la S.sociale:** forfait annuel Implants et orthodontie non prise en charge.
- ! **Plafond de remboursement dentaire global annuel hors RAC 0, TM au-delà.**
- ! **Appareillage auditif :** 100% FR si Panier 100% santé, dans la limite d'un pourcentage de la Base de remboursement de la S.sociale+forfait par oreille si Panier à tarif Libre.
- ! **Bien-être :** montant forfaitaire annuel par acte dans la limite d'un montant global annuel.
- ! **Naissance, Adoption :** gratuité sous réserve d'inscription au contrat dans les 3 mois suivant l'événement.



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 (obligatoire si paiement mensuel) ou par Carte Bleue en agences.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord entre le souscripteur et la mutuelle et est indiquée aux conditions particulières, ce pour une durée allant jusqu'au 31/12 de l'année civile en cours.

Le contrat est renouvelé chaque année par tacite reconduction 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 ?

Le souscripteur peut mettre fin au contrat obligatoire :

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date.
- en cas de révision des cotisations, en adressant à la Mutuelle 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, la mise en place d'un accord de branche (si les conditions du contrat souscrit ne respectent pas les dispositions de l'accord), dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat.