ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance
Identités Mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité – SIREN 379 655 541
Produit : SANTE PLUS RESPONSABLE IM

Identités Mutuelle
AUJOURD'HUI ET HUMAINS

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 précontractuelle 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 du Régime obligatoire (RO).
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 précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Forfait journalier hospitalier, honoraires et frais de séjour secteur conventionné ou non, transport
- ✓ **Soins courants, médicaments et matériel médical** : Consultations, visites médecins généralistes et spécialistes, radiologie, actes médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens médicaux, médicaments remboursés à 65% et 30% par le RO, autres prothèses, petit et grand appareillage, orthopédie
- ✓ **Optique :** 100% Santé et offre libre : lunettes (monture et verres), lentilles remboursées par le RO
- ✓ **Dentaire :** 100% Santé, offre modérée et libre : Soins dentaires, parodontologie, inlay onlay, endodontie, prothèses dentaires et couronnes sur implant remboursées par le RO (Inlay Core, couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie remboursée par le RO
- ✓ **Aides auditives remboursées par le RO :** 100% Santé, offre libre
- ✓ **Prévention :** Médecine douce, vaccins prescrits non remboursés par le RO, contraception, sevrage tabagique, cures thermales prises en charge par le RO (frais d'établissement, de transport et d'hébergement), examen de densitométrie, vaccin anti-grippe
- ✓ **Garantie + :** Soins inopinés effectués à l'étranger pris en charge par le RO, exonération des cotisations du nouveau-né, participation activités sportives ou intellectuelles

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière ou forfait ambulatoire, frais accompagnant pour tout enfant de moins de 16 ans
Médicaments remboursés à 15% par le RO
Lentilles non remboursées par le RO, chirurgie réfractive
Prothèses dentaires, implantologie et parodontologie non remboursées par le RO
Allocation obsèques

LES SERVICES ET AVANTAGES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Pas de limite d'âge, ni de questionnaire médical à l'adhésion
- ✓ Action sociale
- ✓ Bonus fidélité
- ✓ Réseau d'agences
- ✓ Possibilité d'ajouter des renforts selon la formule choisie
- ✓ Gratuité à partir du 3ème enfant
- ✓ Bilan retraite à partir de 55 ans
- ✓ Téléconsultation

L'ASSISTANCE EST SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

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 du RO 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 le RO
- × Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- × Toutes médecines douces de praticien non titulaire d'un diplôme officiellement reconnu

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS 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 ou forfait ambulatoire :** Remboursement jusqu'à 46 € par jour dans la limite de 90 jours (hospitalisation médicale), 60 jours (soins de suite), 30 jours (psychiatrie)
- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (sur justificatif)
- ! **Dentaire :** Plafond (hors ticket modérateur) déterminé entre 1000 € et 2000 € par an, selon la garantie
- ! **Aides auditives :** Plafond de 1 700 € par oreille pour les aides auditives de Classe II
- ! **Forfait aides auditives :** Remboursement limité à 1 forfait pour 2 oreilles tous les 4 ans
- ! **Allocation obsèques incluse dans le contrat :** Délai de carence de 9 mois

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 ?

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion fournie par la Mutuelle ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre RO ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat, sous peine de suspension puis, résiliation des garanties ;
- Informer la Mutuelle des évènements suivants, par demande écrite, dès la connaissance des évènements :
    - Changements de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français ;
    - Changement de fréquence de paiement, d'adresse, de domiciliation bancaire, de situation familiale.
- Se soumettre à tout contrôle médical destiné à vérifier la réalité des dépenses engagées par la Mutuelle.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent (Mensuelle ou Trimestrielle), à la date indiquée au contrat. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou par chèque et dans certains cas par carte bancaire.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date d'effet indiquée sur le 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, 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 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 ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance principale de votre contrat, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date (soit avant le 31 octobre) ;
- À tout moment, sans frais ni pénalité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription au contrat (tout changement de garantie principale correspond à la souscription d'un nouveau contrat).
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur le montant des cotisations et 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, ou une décision du Conseil d'Administration dans un délai de 30 jours à compter de la notification de modification du contrat par la Mutuelle ;
- Vous pouvez mettre fin au contrat si vous êtes dans l'une des situations suivantes (sous réserve de présenter les justificatifs requis) :
    - Être bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire avec ou sans participation financière ;
    - Être bénéficiaire d'une complémentaire santé obligatoire au titre d'un contrat collectif.