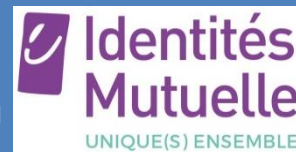


ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTE

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 : TNS SANTE



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

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** Consultations, visites médecins généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, examens médicaux, analyses, radiologie, actes médicaux, pharmacie remboursée à 65%, 30% et 15% par le RO, pharmacie prescrite non remboursée par le RO
- ✓ **Hospitalisation et maternité :** honoraires et frais de séjour secteur conventionné ou non, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière
- ✓ **Frais optiques :** lunettes (monture et verres)
- ✓ **Frais dentaires :** 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
- ✓ **Appareillages remboursés par le RO :** audioprothèses, autres prothèses, petit et grand appareillage, orthopédie
- ✓ **Cures thermales prise en charge par le RO** (frais d'établissement, de transport et d'hébergement)
- ✓ **Prévention** (médecine douce, vaccins prescrits non remboursés, contraception, sevrage tabagique, examen de la densitométrie, vaccin anti-grippe)
- ✓ **Participation activités sportives ou intellectuelles**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

FJH dans les centres médico-sociaux et les établissements de soins de suite
Frais accompagnant (plus de 16 ans ou moins de 75 ans)
Lentilles de contact, chirurgie réfractive
Prothèses dentaires et implantologie non remboursées par le RO
Prime de naissance
Allocation obsèques

LES SERVICES ET AVANTAGES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réservé aux TNS, déductible Loi Madelin
- ✓ Pas de limite d'âge, ni de questionnaire médical à l'adhésion
- ✓ Action sociale
- ✓ Bonus fidélité
- ✓ Réseau d'agences
- ✓ Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

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 au-delà de 30 jours, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) et les établissements de soins de suite au-delà de 90 jours
- ✗ Toutes médecines douces de praticien non titulaire d'un diplôme officiellement reconnu



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 ou forfait ambulatoire :** remboursement jusqu'à 70 € 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 mineur ou en cas d'évolution de la vue (sur justificatif)
- ! **Dentaire :** plafond (hors ticket modérateur) déterminé entre 1200 € et 2500 € par an, selon la garantie
- ! **Forfait appareillage auditif :** remboursement limité à 1 forfait pour 2 oreilles tous les 3 ans
- ! **Médecine douce :** remboursement jusqu'à 30 € par séance dans la limite de 4 séances selon la garantie
- ! **Exonération des cotisations en cas de décès :** 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 ;
- Adhérer à l'Association Emanens, souscriptrice des garanties et conventions auprès d'Identités Mutuelle ;
- Être à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires ;
- 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 événements suivants, par demande écrite, dès la connaissance des événements :
 - o Changements de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français ;
 - o 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) ;
- 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) :
 - o Être bénéficiaire de la CMU-C ;
 - o Être nouveau bénéficiaire de l'ACS ;
 - o Être bénéficiaire d'une complémentaire santé obligatoire au titre d'un contrat collectif.