

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 Surcomplémentaire Santé permet de renforcer s'il vous le souhaitez votre Complémentaire Santé collective. Ce renfort fera notamment évoluer vos niveaux de remboursement, non indiqués sur cette fiche IPID. Comme la Complémentaire Santé, la Surcomplémentaire Santé est destinée 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. Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Le bénéficiaire de l'ensemble des prestations est soumis à un délai de carence de 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Certaines prestations peuvent comporter des plafonds qui 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, forfait journalier hospitalier, transport, Chambre particulière, frais d'accompagnement de l'adhérent ou de l'un de ses bénéficiaires hospitalisés,
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Pharmacie à service médical rendu (SMR) faible, et non remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : Inlay-Onlay (y compris inlay-core), prothèses dentaires, implants dentaires, parodontologie, orthodontie remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, autres prothèse et appareillage
- ✓ **Bien-être** : thérapies complémentaires
- ✓ **Prévention** : sevrage tabagique sur prescription médicale, contraception non remboursée par la Sécurité sociale, consultation diététicien, vaccins sur prescription médicale, forfaits bandelettes d'autosurveillance glycémique

#### GARANTIES SUPPLEMENTAIRES SELON FORMULE CHOISIE

Aucune

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Fonds social.
- ✓ Espace adhérent via Internet et application mobile.
- ✓ Réseau de Tiers Payant conventionné
- ✓ Téléconsultation en ligne

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ 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.
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire) et ceux non prévus dans le tableau des prestations.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ Les frais d'accompagnement résultant de séjours en 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

- ! 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 actes paramédicaux et transport.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Forfait journalier hospitalier en établissement spécialisé** : limite de 90 jours par année civile
- ! **Frais d'accompagnement de l'Adhérent ou de l'un de ses bénéficiaires hospitalisés** : limite de 90 jours par année civile
- ! **Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale** : limite de 5 actes par année civile
- ! **Chambre particulière en hospitalisation médicale ou chirurgicale** : limite de 90 jours par année civile
- ! **Chambre particulière en établissement spécialisé** : limite de 30 jours par année civile
- ! **Délai de carence de 3 mois** applicable sur l'ensemble des prestations à compter de la date d'effet d'adhésion



## 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 la mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation indiquée au contrat,
- A transmettre une adresse électronique de correspondance pour permettre la transmission des documents contractuels et informatifs.

#### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat. Voir « Liste des documents obligatoires à la validation des prestations »
- Informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers
- Informer la Mutuelle si je bénéficie d'une garantie de même nature (collective ou individuelle) que celle assurée par le présent 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 Sécurité sociale
- Informer la mutuelle de tout changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale, de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou d'adresse électronique de correspondance conformément aux délais prévus au règlement mutualiste.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Le montant de la cotisation est annuel. Elle est payable d'avance, de son montant par chèque, carte ou virement bancaire. La première cotisation est payable à l'adhésion. Les autres cotisations doivent être payées à l'échéance annuelle.

Toutefois, le montant de la cotisation annuelle peut être réglé par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.



## 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 à votre adhésion:

- À la date d'échéance principale du contrat mutualiste, en nous le notifiant par lettre, par mail ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité, au moins deux mois avant cette date,
- A tout moment, sans frais ni pénalité, après une année d'adhésion, en nous le notifiant par lettre, par mail ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.