

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle : MUTUALP immatriculée en France 950396911, régie par le code de la mutualité

Produit : MUTUALP SANTE DIGITAL MutMaxi



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 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. Le produit respecte les conditions légales des **contrats responsables**. Ce produit est complété de services ou prestations d'assistance.



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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfaits journaliers hospitaliers, transports, chambre particulière, télévision, hospitalisation à domicile.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations et visites, examens médicaux, radiologie, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) majeur à faible, frais de transport, honoraires et forfait en cure thermale, actes de prévention et participation forfaitaire sur les actes $\geq 120\text{€}$.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (équipement 100% santé et panier tarif libre), lentilles de contact.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (panier 100% santé et panier tarifs maîtrisés et libres), orthodontie.
- ✓ **Aides auditives** : audioprothèses, (équipement 100% santé et tarif libre à compter du 01/01/2021).
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses, orthopédie et orthèses.
- ✓ **Bien-être et prévention** : ostéopathe, acupuncteur, diététicien...

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :

- ✓ Réalisation de devis de remboursement.
- ✓ Services en ligne dans votre espace personnel adhérent : gestion du contrat à distance, suivi des remboursements.
- ✓ Tiers payant pour éviter les avances de frais chez un grand nombre de professionnels de santé.
- ✓ Médecin direct : plateforme en ligne, consultations médicales à distance

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE :

- ✓ Fonds social de la mutuelle pour les situations de détresse
- Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues dans l'adhésion.*



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les établissements ou les services qui accueillent spécifiquement 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.
- ✗ 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).
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Tous les actes dentaires refusés par la Sécurité sociale.
- ✗ La chirurgie réfractive.



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 (détails dans le tableau de garanties) :
- ! **Hospitalisation et maternité** : remboursement limité en secteur non conventionné.
 - ! **Chambre particulière** : remboursement de 60 jours par an. Pas de limitation en cas d'accident.
 - ! **Optique** : limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
 - ! **Dentaire** : prise en charge limitée en euros par an.
 - ! **Audioprothèses** : à compter du 01/01/2021 : limitées à un équipement (par oreille) tous les 4 ans.
 - ! **Médecine douce** : forfait par an et par personne, voir tableau de garanties.



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 nullité de l'adhésion ou de non garantie

A la souscription de l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée sur l'appel de cotisations.
- Disposer d'un compte bancaire dans un établissement français pour le versement des prestations.

En cours d'adhésion :

- Fournir tous les documents justificatifs, nécessaires au paiement des prestations, prévus à la Note Droits et Obligations,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des remboursements des soins de votre Sécurité sociale lorsqu'ils existent, ou à défaut 2 ans suivant la date des soins.
- Informer la mutuelle dans les quinze jours qui suivent l'un des événements suivants : changement d'adresse, changement d'état civil, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie.

En cas de résiliation :

- Restitution des cartes de tiers-payant.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au certificat d'adhésion.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
- Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou trimestriellement par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La **date d'effet** de l'adhésion est fixée d'un commun accord et est indiquée au **Certificat d'adhésion**.
- En cas d'adhésion conclue 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 de l'adhésion, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion).
- L'adhésion est conclue 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 à la Note Droits et Obligations.

Cessation des garanties :

- En cas de non-paiement des cotisations.
- En cas de décès de l'adhérent.
- En cas de fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte de l'adhérent.



Comment puis-je résilier l'adhésion ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- A la date d'échéance principale de l'adhésion (31/12), 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 (entrée dans un contrat collectif obligatoire de votre employeur par exemple).
- 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.