

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutualia Grand Ouest. Mutuelle immatriculée en France, sous le numéro SIREN 401 285 309. Soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.



Produit : Mutualia Santé – VIVACTIV' APA BRETAGNE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Les informations complètes sur l'offre sont présentées dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties figurant dans la Notice d'Information remise par la Mutuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit Mutualia Santé – VIVACTIV' APA BRETAGNE a pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent ou ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément d'un régime obligatoire d'Assurance maladie (RO) et le cas échéant, pour couvrir des garanties non prises en charge par le régime obligatoire d'Assurance maladie (PEC RO). Les formules du produit Mutualia Santé – VIVACTIV' APA BRETAGNE sont « solidaires et 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 dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes d'imagerie et d'échographie, honoraires paramédicaux, médicaments PEC RO, matériel médical PEC RO, transport PEC RO
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires (médicaux, chirurgicaux, actes techniques et cliniques), frais de séjour, forfait journalier, chambre particulière, frais d'accompagnement de l'enfant
- ✓ **Optique** : équipements 100% santé et à tarifs libres, lentilles PEC ou non par le RO, autres prestations optiques 100% santé et à tarifs libres
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses PEC RO ne relevant pas du dispositif 100% santé, orthodontie PEC RO
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100% santé et équipements à tarifs libres
- ✓ **Cures thermales** : soins, hébergement et transport pris en charge par le RO
- ✓ **Prévention** : actes de prévention pris en charge par le RO
- ✓ **Bien-être** : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, sophrologue, substituts nicotiniques / sevrage tabagique prescrits

Les services systématiquement prévus :

- ✓ **Réseau de soins optique carte blanche**
- ✓ **Mutualia Assistance** : assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation (aide-ménagère, livraison de médicaments, garde d'enfant, etc.)

Les garanties complémentaires (en fonction du niveau choisi)

A partir du niveau 2 :

- Médicaments non pris en charge par le RO avec prescription
- Prothèses dentaires non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO
- Orthodontie non prise en charge par le RO
- Parodontologie
- Vaccins prescrits

A partir du niveau 3 :

- Chirurgie réfractive

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement proposées par le contrat, quelle que soit la formule souscrite.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet du contrat et après sa date résiliation
- ✗ Les prestations non prises en charge par l'assurance maladie et non expressément prévues dans le tableau des garanties
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées, foyers d'accueil médicalisés, appartements de coordination thérapeutique, instituts médico-éducatifs, etc.)



Y a t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions du contrat

- ! La participation forfaitaire et les franchises prévues sur les médicaments, les transports, les actes médicaux et paramédicaux
- ! Les majorations de participation appliquées par l'Assurance maladie pour non-respect du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Les principales restrictions :

- ! **Forfait d'accompagnement de l'enfant** : Prise en charge du lit et des repas pour l'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans.
- ! **Equipements optiques** : limité à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de 2 ans. Cette période est réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 16 ans et à 6 mois pour les enfants de moins de 7 ans, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
- ! **Equipements audioprothèse** : prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans.
- ! **Médecine douce** : forfait annuel à utiliser librement selon les différentes spécialités, dans la limite du forfait.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France ;
- ✓ A l'étranger : dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, le contrat intervient uniquement dans les cas et sur la base de remboursement d'un régime d'assurance maladie obligatoire.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, de leur nullité ou de non couverture, vous devez :

A la souscription du contrat

L'employeur devra :

- Fournir l'ensemble des pièces et informations nécessaires à la souscription et exigé par le contrat (tels que : copie de l'acte fondateur ; état nominatif ; Bulletins individuel d'affiliation ; extrait kbis de moins de trois mois) ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

Le salarié devra : remplir et signer le bulletin individuel d'affiliation et fournir l'ensemble des éléments qui y sont visés.

En cours de contrat

L'employeur devra :

- Déclarer à Mutualia, sous un délai de 15 jours, toute modification de l'acte fondateur du régime, toute évolution de sa situation juridique (acquisition, vente, fusion, changement d'accord collectif, etc.), de l'existence de procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ;
- Remettre la notice d'information aux salariés, les statuts et le cas échéant, le règlement intérieur de la mutuelle, et informer ceux-ci en cas de modifications et communiquer à la mutuelle les événements en cours d'année et pièces nécessaires à la bonne gestion du contrat que le salarié lui aura transmis

Le salarié devra :

- Déclarer à son employeur toutes modifications intervenant dans sa situation (fin de cas de dispense d'adhésion changement de situation familiale, de régime obligatoire, d'adresse, etc.)
- Payer les cotisations

En cas de sinistre

- Fournir les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations
- Faire parvenir les demandes de remboursement dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de réalisation de l'acte
- Informer la mutuelle de tous accidents ou agressions causés par une tierce personne et dont vous ou vos ayants droit seriez victimes.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations de la formule obligatoire, souscrite par l'employeur sont annuelles. Elles sont dues par l'employeur, à terme échu ou à échoir, mensuellement ou trimestriellement, selon les modalités fixées aux conditions particulières du contrat.
- Les cotisations des éventuelles formules facultatives, souscrites par le salarié :
 - En cas de précompte, sont annuelles et dues par l'employeur
 - En l'absence de précompte, sont dues par le salarié et prélevées mensuellement sur leur compte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Prise d'effet du contrat :

- Le contrat prend effet le 1^{er} jour suivant la date indiquée aux conditions particulières. Il est valable pour l'année civile, à partir de sa date d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Prise d'effet des garanties

- Les garanties de la formule obligatoire, souscrite par l'employeur s'appliquent à compter :
 - la date d'effet du contrat pour les salariés présents à l'effectif de l'entreprise ou ;
 - à la date de début de leur contrat de travail pour les salariés embauché après la date de prise d'effet du contrat ;
 - ou à la date à laquelle le salarié qui bénéficiait d'une dispense cesse d'en bénéficier.
- les garanties de la formule facultative, souscrite par les salariés s'appliquent à compter de la date d'effet fixée au bulletin d'affiliation.

Fin des garanties :

- A la date de résiliation du contrat, lorsque le salarié ne remplit plus les conditions requises d'adhésion prévues au contrat ou à la fin du maintien de garanties dont il a pu bénéficier.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Résiliation annuelle

- Le contrat peut être résilié annuellement par l'employeur par l'envoi d'un courrier recommandé au siège de la mutuelle avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier qui suit ;
- Le salarié peut résilier son adhésion à une formule facultative par l'envoi d'un courrier recommandé au siège de la mutuelle avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier qui suit ;
- Selon les dispositions prévues aux articles L221-10-2 et L221-10-3 du code de la mutualité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, la résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification, par lettre simple ou tout autre support durable.

Résiliation spécifique

- Un droit de renonciation est possible pour le salarié en cas de vente à distance ou de démarchage dans les conditions et délais prévus au sein de votre notice. La résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la notification et la communication des justificatifs.