

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Organisme assureur :

Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au 47 rue Maurice Flandin 69 003 Lyon (Siège administratif CS 31 401 - 13 785 Aubagne), adhérente de Union Mutualiste de Groupe Solimut Mutuelles de France, organisme régi par le code de la mutualité, immatriculé au répertoire Sirène sous le numéro 539 793 885.

Produit : Energie Commune

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.

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

Le produit ENERGIE COMMUNE est une assurance complémentaire santé 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 respecte les conditions légales des contrats responsables. Ce produit est un contrat collectif à adhésion facultative réservé aux membres de l'association MUTAGIR, souscriptrice du contrat.



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 annexé. 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 chirurgicaux et médicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ Hospitalisation et maternité : Honoraires chirurgicaux et médicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : Consultations généralistes et spécialistes, visites médecins, examens actes techniques médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie, analyses en laboratoire, imagerie médicale, transport sanitaire forfait moyens de contraceptions
- ✓ Pharmacie : médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65% (service médical rendu élevé), 30% (service médical rendu modéré), et 15% (service médical rendu faible)
- ✓ Frais optiques : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, scellements des puits, sillons et fissures dentaires, prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ Audition : audioprothèses
- ✓ Appareillages remboursés par la Sécurité sociale : orthopédie et appareillage hors audioprothèses
- ✓ Prestations supplémentaires : forfait moyens de contraception

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- Frais d'accompagnement hospitalier
- Chambre particulière
- Examens de laboratoire non remboursés par la Sécurité sociale
- Vaccins et dépistage
- Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale
- Chirurgie réfractive
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale
- Implants dentaires et parodontologie
- Cure thermale
- Densitométrie osseuse
- Amniocentèse, fécondation in vitro et péridurale non remboursées par la Sécurité Sociale
- Médecine douce

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Conseils sur les remboursements de vos devis dentaire et optique
- ✓ Tiers payant pour les professionnels de santé conventionnés sur présentation de la carte mutualiste
- ✓ Extranet adhérent 24h/24
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Accompagnement avant et après l'hospitalisation, en ligne et par téléphone

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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale 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 la Sécurité 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).
- ✗ Les soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).



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

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! Chambre particulière : Tout type de séjour avec hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite de 90 jours par année civile et par bénéficiaire en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité dont 30 jours par année civile et par bénéficiaire en établissements et services spécialisés
- ! Le forfait journalier facturé par les maisons d'accueil spécialisées (MAS) : limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
- ! Frais d'accompagnement hospitaliers : cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire hospitalisé.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Prestations supplémentaires dont médecine douce : sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADEL ou RPPS, pour des dépenses non prises en charge par la sécurité sociale. Montant global à répartir par prestations en fonction de vos besoins.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ 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 ?

A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

- ✓ M'engager à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la Mutuelle une mise en oeuvre précise des garanties souscrites,
- ✓ Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

EN COURS DE CONTRAT

- ✓ Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) ou autres justificatifs nécessaires pour obtenir le paiement des prestations prévues au tableau de garanties,
- ✓ Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai de deux ans suivant la date de décompte de l'Assurance maladie obligatoire ou, le cas échéant de la facture,
- ✓ Déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale, ou de relevé d'identité bancaire, de situation professionnelle ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français,
- ✓ Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat, sous peine de suspension des garanties.



Quand commence la couverture et à quel moment prend-elle fin ?

La date d'adhésion au contrat est indiquée au bulletin d'adhésion. L'adhésion est effective le 1^{er} jour du mois en cours si les pièces nécessaires à l'affiliation sont remises à la Mutuelle avant le 15 du même mois. Dans le cas contraire, l'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant à compter de la réception desdites pièces par la Mutuelle.

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).

L'assuré peut demander le commencement d'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation. Cette demande ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation.

L'adhésion au contrat est conclue jusqu'à la fin de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction par année civile sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La garantie cesse de plein droit à la perte de la qualité de membre de l'association, au décès de l'adhérent, et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat collectif par l'association souscriptrice ou de l'adhésion de l'assuré.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- ✓ La cotisation mensuelle est déterminée pour l'année.
- ✓ Les cotisations sont payables par prélèvement automatique pour un paiement mensuel.
- ✓ Les cotisations sont payables par chèque pour un paiement annuel d'avance.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- chaque année, en adressant à Solimut Mutuelle de France une lettre recommandée avec accusé de réception ou un envoi électronique avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année).
- En cas d'attribution de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en cas de perte du bénéfice du régime d'assurance obligatoire français,