

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Organisme assureur :

Solimut Mutuelle Centre Océan, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité SIREN 781 343 249 00 129 et adhérente à l'Union Mutualiste de Groupe Solimut, union soumise aux dispositions du code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 539 793 885.

Produit : PACK BUSINESS TNS (Essentiel - Performance - Excellence - Suprême)

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 **PACK BUSINESS TNS** est une solution collective à adhésion facultative éligible à la fiscalité «Madelin» destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent, et de ses éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et solidaires et intègre notamment les garanties relevant du **100% Santé** effectives à compter du 01/01/2020. Il intègre une garantie prévoyance assurée par Solimut Mutuelle de France.



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, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré et faible (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale).
- ✓ Frais optiques : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.
- ✓ Appareillages remboursés par la Sécurité sociale : audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ Actes de prévention.
- ✓ Prévoyance : Allocation de naissance.

LES GARANTIES PREVUES SELON L'OPTION RETENUE :

- La Chambre particulière.
- L'implantologie.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins Kalivia (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).
- ✓ Service d'analyse de devis.
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation.
- ✓ Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger.

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.
- ✗ 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.



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.

- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, réduite à 1 an en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L 165-1 du code la sécurité sociale notamment pour un mineur de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Aides auditives : prise en charge valable tous les 4 ans. La prise en charge relevant du 100% santé entre en vigueur le 1er janvier 2021.



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 ?

SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES :

A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

- ✓ 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 au contrat et dans les délais prévus.

EN COURS DE CONTRAT, SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES

- ✓ Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- ✓ Faire parvenir les demandes de remboursements à mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- ✓ Informer la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : dans ce cas, le mutualiste doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements?

- ✓ Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
- ✓ Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix par semestre, trimestre ou mensuel.
- ✓ Les paiements par chèques bancaires ou postaux sont possibles uniquement en périodicité trimestrielle, semestrielle ou annuelle.



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

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le bulletin d'adhésion / d'affiliation. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent 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 la durée minimum d'une année civile dans la garantie initialement choisie. En cas d'adhésion en cours d'année, cette durée est prolongée jusqu'au 31 décembre de l'année suivante. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Au 31 décembre de chaque année, 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,
- 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, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.