

Complémentaire Santé

Document d'information sur la garantie mutuelle FICHE IPID (Insurance Product Information Document)

Le Refuge Mutualiste Aveyronnais – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
SIREN n° 776720724

Garanties : Essentielle



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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.

La Complémentaire 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.



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 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 ou modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale)

Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie

Appareillages remboursés par la Sécurité sociale : audioprothèses, prothèses et orthèses

Forfait contraception à hauteur de 50 € par an

Consultation psychologue, diététicien, ostéopathe, chiropracteur

Acte de pédicurie

LES SERVICES PREVUS

Tiers payant généralisé

Envoi des feuilles de soins au Régime Obligatoire

Etablissement des devis dentaires, optique, audioprothèses



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 (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La participation forfaitaire 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.
- ! La pharmacie remboursée à 15 %.
- ! La chambre particulière
- ! L'optique : pas de forfait
- ! Les prothèses dentaires : pas de remboursement supplémentaire

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Frais accessoires** : remboursement de 45 jours par an dans la limite de 5 € par jour.
- ! **Frais accompagnant -18 ans** : remboursement limité à 25 € par jour.
- ! **Consultation psychologue, diététicien** : 4 séances à 20 € par an et par bénéficiaire.
- ! **Consultation ostéopathe, chiropracteur** 3 séances à 20 € par an et par bénéficiaire.
- ! **Acte de pédicurie** : 4 séances à 10 € par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France.
- ✓ 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 (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au 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 des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a 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, l'assuré 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.

Pour le remboursement des frais de santé :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat (dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité Sociale)



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 (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le 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 (31 décembre) 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 au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre au moins deux mois avant cette date,
- en cas de mutuelle obligatoire, la résiliation interviendra un mois après la réception du courrier de demande et de l'attestation employeur mentionnant la mutuelle obligatoire,
- dans le cadre de l'article 3 de la Loi CHATEL n° 2005-67 : vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date de l'envoi de l'avis de cotisation pour dénoncer par lettre, la reconduction annuelle de votre contrat.
- après expiration d'un délai d'un an suivant la prise d'effet de l'adhésion, en dénonçant votre adhésion à tout moment soit directement auprès de la Mutuelle par lettre (courrier simple, e-mail, acte d'huissier), soit si vous souhaitez adhérer auprès d'un nouvel organisme assureur, en demandant à ce dernier de résilier votre contrat auprès de notre mutuelle. La résiliation prend effet un mois après que notre mutuelle en ait reçu notification par vous-même ou par le nouvel organisme assureur

Dans le cadre d'un contrat obligatoire en entreprise, seul l'employeur peut prendre la décision de résilier la mutuelle en avertissant la mutuelle 2 mois avant l'échéance principale.