

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 précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Cette Complémentaire Santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit 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.



Qu'est ce qui est assuré ?

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

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. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut éventuellement rester à votre charge.

✓ **Hospitalisation médicale - chirurgicale - maternité** : frais de séjour, honoraires médecins, transport, forfait journalier, chambre particulière, lit d'accompagnement

✓ **Médecine courante** : honoraires et actes médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, radiologie, médicaments (30%, 65%), matériel médical (bas de contention, semelles orthopédiques, prothèses capillaire...)

✓ **Optique (100% santé «classe A», classe B et classe mixte)** : verres (simples, complexes, très complexes), monture, lentilles et kératotomie

✓ **Dentaire (100% santé, paniers maîtrisé ou libre)** : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires, orthodontie (acceptée et refusée).

✓ **Aides auditives (100% santé «classe I» et Hors 100% santé «classe II»)** : prothèses auditives, accessoires

✓ **Autres prestations** : médecines douces, cure thermale, allocation naissance ou adoption

✓ **Prévention** : ostéodensitométrie non remboursée, vaccins non remboursés, pack prévention, vie sans tabac

✓ **Services inclus** : assistance, réseau de soins kalixia-kalivia, espace adhérent, ateliers prévention, fonds social, téléconsultation médicale, Tiers payant Viamedis



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

Les frais de soins :

X - engagés en dehors de la période de validité du contrat

X - engagés hors de France (sauf si la Sécurité Sociale de l'adhérent les prend en charge)

X - non indiqués expressément au descriptif de la garantie

X - au titre de la législation sur les pensions militaires,

X **Toute action dérivant de l'adhésion au règlement mutualiste** sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

X Chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale

X Transport et hébergement liés aux cures thermales

X Les frais au titre de l'hospitalisation facturés par les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)...



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

Exclusions liées aux contrats responsables :

! Participation forfaitaire d'un 1€ pour consultation et actes médicaux

! La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant

! Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant

! Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au professionnel du dossier médical personnel

! Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée

Autres exclusions

! Chambre particulière limitée à 45 jours en psychiatrie, long séjour, maison de repos ou de convalescence, centre de rééducation, diététique. Le jour de sortie n'est pas pris en charge

! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue

! Les maladies, infirmités et blessures résultant d'une faute intentionnelle de l'assuré ou de l'un de ses ayants droit.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Mutaero intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine et dans les DOM.
- ✓ Les frais engagés hors de France, sont pris en charge sous réserve que l'assuré relève d'un régime d'assurance maladie obligatoire français et que la Sécurité Sociale intervienne. Le remboursement Mutaero viendra alors en complément de celui du régime obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

- Répondre avec exactitude aux renseignements demandés dans les documents de souscription,
- Fournir les justificatifs demandés pour tous les bénéficiaires du contrat,
- Être à jour des cotisations pour percevoir les prestations.
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat (si non prélèvement sur salaire),
- Déclarer dès que possible les modifications à prendre en compte concernant le ou les bénéficiaire(s) : changement de régime, changement de domicile, changement de coordonnées bancaires, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès), changement de profession (perte d'emploi, départ en retraite)



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les paiements peuvent être réalisés mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou encore annuellement.
- Les adhérents peuvent payer leurs cotisations par chèque, prélèvement bancaire sur compte courant et virement bancaire. Tout autre moyen de paiement est exclu.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La couverture santé débute à la date d'effet du contrat indiquée sur le bulletin d'adhésion.
- L'adhésion est renouvelée par tacite reconduction d'année en année sauf dénonciation par l'une des parties.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Résiliation Loi Chatel :

L'adhérent dispose d'un délai de 20 jours à compter de l'envoi de l'appel annuel de cotisations pour mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Résiliation infra-annuelle

La résiliation peut être donnée par le souscripteur, par lettre ou tout autre support durable et prend effet le mois qui suit la demande. L'adhérent souscripteur peut résilier à tout moment après la date du premier anniversaire du contrat complémentaire santé.