

Assurance complémentaire santé – MUTUELLE COMMUNALE



Document d'information sur la garantie complémentaire santé MUTUELLE COMMUNALE

Groupe France Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et au contrôle de l'ACPR,

Immatriculée en France sous le n° de SIREN 784 492 084. Siège social : 56 rue de Monceau, 75 008 Paris.

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 cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

Mutuelle Communale est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Concept Prévoyance Santé dite ACPS auprès de Groupe France Mutuelle. Ce contrat est destiné 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 du régime obligatoire français. Mutuelle Communale est réservée aux membres de l'Association Concept Prévoyance Santé dite ACPS. Ces membres doivent être des administrés de la commune partenaire et adhérer à l'association ACPS.

Ce produit comporte 3 niveaux de garanties et n'est soumis à aucun délai d'attente. Il respecte les conditions légales des contrats 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 des prestations. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES PRESTATIONS SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Soins courants:** Consultations généraliste et spécialiste DPTM et hors DPTM, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et actes d'échographie, actes médicaux réalisés en cabinet, analyses et examen de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments pris en charge par la sécurité sociale, matériel médical, psychologue pris en charge par la sécurité sociale, frais de transport et soins à l'étranger.

✓ **Hospitalisation:** Honoraires chirurgien et anesthésiste DPTM et hors DPTM, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire aux actes techniques supérieurs à 120 euros, forfait patient urgences.

✓ **Dentaire :** Soins dentaires, soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors panier 100% Santé pris en charge par la sécurité sociale, Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale.

✓ **Optique** Equipements (monture et verres) 100% Santé, équipements (monture et verres) hors panier 100% Santé, suppléments et prestations optiques pris en charge par la sécurité sociale, lentilles de contact acceptées et refusées par la sécurité sociale.

✓ **Aides auditives :** Equipements 100% Santé, équipements hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale.

✓ **Prévention:** Ostéodensitométrie refusée, Vaccins.

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale
- Forfait pilule contraceptive non pris en charge par la Sécurité sociale
- Chambre particulière en médecine, chirurgie et maternité
- Lit accompagnant enfant moins de 12 ans
- Frais de location de TV
- Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale
- Implantologie
- Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale
- Chirurgie réfractive
- Cures thermales: Soins, hébergement, transport
- Médecines alternatives (ostéopathie...)
- Allocation forfaitaire maternité

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Analyse et délivrance de devis (optique, dentaire, audioprothèses)
- ✓ Télétransmission

(suite au verso)



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat

✗ Les indemnités de perte de salaire 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

✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale

✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique



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

! **Chambre particulière en médecine ou chirurgie:** remboursement limité à 30 jours par an.

! **Lit accompagnant enfant moins de 12 ans:** Remboursement limité à 20 jours par hospitalisation

! **Frais de location de TV :** Remboursement limité à 72€ par hospitalisation.

! **Cumul des forfaits prothèses et implants :** Plafond annuel 1350€ par bénéficiaire pour les options MC01 et MC02 et 1800€ pour l'option MC03.

! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 CSS, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

(suite au verso)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS (suite)

- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur
- ✓ Réseau de soins Optique: Pratique du tiers payant et tarifs négociés chez les opticiens appartenant au réseau
- ✓ Espace Adhérent:
 - visualisation et téléchargement des remboursements
 - recensement des professionnels de santé pratiquant le tiers payant et/ou appartenant au réseau de soins Optique.
- ✓ Action culturelle: accès à un spectacle par mois à Paris et au magazine France Mutuelle (trimestriel).
- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Protection juridique santé

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Services à la personne, accompagnement psycho-social, second avis médical...

Les prestations et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.

PRINCIPALES RESTRICTIONS (suite)

- ! **Aide auditive** : remboursement limité à 1 aide par oreille tous les 4 ans.
- ! **Médecines alternatives** : Remboursement dans les conditions de la notice d'information.

RESTRICTIONS DANS LE CADRE D'UN CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES

- ! Changement de niveau de garantie possible au 1^{er} janvier de chaque année voire en cours d'année, au terme d'un délai de 12 mois d'adhésion (se référer à la notice d'information).
- ! La souscription d'un nouveau produit au sein de la mutuelle ou le changement de niveau de garanties entraîne le décompte d'un nouveau délai d'un an au titre de la résiliation à tout moment.

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger : Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement ne se fait qu'en complément du régime obligatoire français et sur sa base de remboursement.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion par la mutuelle ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle (*Photocopie de la pièce d'identité, attestation d'affiliation à l'assurance maladie de moins de 3 mois, relevé d'identité bancaire, mandat SEPA, certificat de scolarité ou photocopie de la carte d'étudiant pour les enfants attestant de leur qualité d'ayant-droit, éventuel certificat de radiation du précédent organisme de santé, attestation de paiement des cotisations aux régimes obligatoires d'assurance vieillesse et d'assurance maladie*);
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée à l'échéancier.

En cours de contrat :

- Régler la fraction de cotisation indiquée à l'échéancier ;
- Fournir une attestation de paiement des cotisations aux régimes obligatoires d'assurance vieillesse et d'assurance maladie
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la notice d'information ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date du décompte du régime obligatoire;
- Informer la mutuelle en cas de survenance de l'un des évènements suivants : changement d'adresse (variation de cotisations selon le lieu de résidence), modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement ou mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou par chèque.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières (attestation d'adhésion).

En cas de contrat conclu à distance (vente en ligne, vente téléphonique), l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'effet du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat).

Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation dans les cas et conditions fixés par la notice d'information.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en nous adressant une lettre ou autre support durable au moins deux mois avant cette date
- à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités,
- en cas de modification(s) de vos droits et obligations (voir notice d'information)
- en cas d'affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire sous réserve de notifier votre demande par lettre recommandée.