

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Entrain – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité. SIREN : 775 558 778

Produit : **Formule 3**



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 d'Assurance Complémentaire Santé 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 de la Sécurité sociale française. Le produit 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 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, chambre particulière, frais accompagnant, allocation pour frais divers, dépassement d'honoraires.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations généralistes et spécialistes, visites médecins, radiologie et analyses médicales, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou 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), implants, orthodontie, parodontologie.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires, oculaires).
- ✓ **Prestations supplémentaires : Bien être** : acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, diététicien, pédicure-podologue, homéopathe.
Prévention : ostéodensitométrie, contraception, sevrage tabagique, vaccins non remboursés.
Chirurgie réfractive de la vision. Implants multifocaux. Cure thermale.
Allocation maternité. Frais d'obsèques.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais.
- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires) et Téléconsultation Médicale.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire.
- ✓ Protection Juridique Santé et Médicale.

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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés 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 ?

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** : remboursement 50€/jour sans limitation de durée en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique et 25€/jour en ambulatoire.
- ! **Frais d'obsèques** : prise en charge à hauteur de 550€ sauf adhésion à la mutuelle après 60 ans.
- ! **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.
- ! **Dentaire** : prise en charge des prothèses non remboursées par la sécurité sociale à hauteur de 150 €/an.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité en sus du ticket modérateur à 700 € par appareil et par an.
- ! **Cure thermale** : forfait cure limité à 150€ par an.
- ! **Bien être** : 150 € de forfait global par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement s'effectue si le régime d'assurance maladie obligatoire français intervient, 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.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Payer les cotisations.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale.
- Informer la mutuelle dans les plus brefs délais des événements suivants, dès leur survenance :
 - 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,
 - Changement de profession : perte d'emploi, départ à la retraite.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables annuellement à la date indiquée dans le contrat mutualiste.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé (Semestriel, Trimestriel, Mensuel) sans aucun frais supplémentaire.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvement sur salaire ou pension, 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 dans le contrat. 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 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 mutualiste:

- à la date d'échéance principale du contrat mutualiste, soit le 31 décembre, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date (délai de préavis),
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- dans les 20 jours de l'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation, si cette information est adressée moins de 15 jours avant la date de fin du délai de préavis, ou après cette date.