

Délais de carence 3 mois**

| HOSPITALISATION * | |
|--|------------------------------|
| Honoraires en cas d'hospitalisation (Médecin adhérent ou non adhérent à l'OPTAM) | 230% |
| Participation forfaitaire par acte > 120 € | Intégralement pris en charge |
| Forfait Patient Urgences | Intégralement pris en charge |
| Transport lié à une hospitalisation pris en charge par l'AMO | 160% |
| Chambre particulière (médecine, chirurgie obstétrique) | 50€/jour |
| Chambre particulière ambulatoire | 20€/jour |
| Chambre particulière psychiatrie | 30€/jour |
| Chambre particulière en convalescence et rééducation | 30€/jour |
| Forfait journalier hospitalier y compris Psychiatrie *** | Intégralement pris en charge |
| Frais de séjour | 100% |
| Forfait accompagnant (moins de 16 ans) | 20€/jour |

Plafond global annuel de 2000€/an

* Dans la limite des frais engagés.

** Sauf accident de la circulation.

*** Sauf établissements médico-sociaux et unités de soins pour longs séjours et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les prestations ne s'inscrivent pas dans le cadre du contrat « Responsable et Solidaire ». Les prestations sont indiquées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en vigueur au jour de la signature du contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé conventionnés). L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés dans le tableau de garantie. Les forfaits exprimés par an s'entendent, sauf précision, par année civile.

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

OPTAM/OPTAM CO : option pratique tarifaire maîtrisée issue de la convention médicale en vigueur.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire (CPRPF, Régime général ou local).

0 809 40 54 54 Service gratuit + prix appel

mutuelle-entrain.fr



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 protection hospitalière**



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 les informations complètes dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des garanties.

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

Le produit **Formule protection hospitalière** est une assurance santé destinée à rembourser tout ou partie des frais liés à une hospitalisation restant à la charge de l'assuré, en complément des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Le produit ne respecte pas les conditions des contrats responsables. Cette information est précisée dans la documentation contractuelle.



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 : Honoraires, actes et soins** en cas d'hospitalisation, y compris dans les établissements psychiatriques ou de rééducation.
- Chambre particulière** pour un séjour médical, chirurgical ou obstétrique. **Frais de séjour et forfait journalier hospitalier**, y compris pour la psychiatrie. **Transport médicalisé** lié à une hospitalisation. **Forfait accompagnant** pour un enfant de moins de 16 ans.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Service Vacances

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 traitements esthétiques, diététiques ou non thérapeutiques.
- ✗ Les frais d'hébergement en établissements médico-sociaux ou EHPAD.
- ✗ Les soins ou actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sauf exceptions prévues au contrat.
- ✗ Les dépassements d'honoraires hors des limites contractuelles ou plafonds annuels.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS/RESTRICTIONS

- ! Participation forfaitaire de **2 €** sur les actes médicaux.
- ! Franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
- ! **Plafond global annuel : 2 000 €** sur l'ensemble des prestations.
- ! **Chambre particulière** limitée par type d'hospitalisation :
 - Médecine, chirurgie, obstétrique, ambulatoire, convalescence, rééducation et psychiatrie.
- ! **Forfait journalier hospitalier** pris en charge uniquement dans les établissements reconnus par l'AMO (hors EHPAD, médico-sociaux).
- ! **Frais accompagnant (moins de 16 ans)** limités à un montant journalier.
- ! **Frais de transport médicalisé** limités à un pourcentage de la base de remboursement (BRSS).
- ! Les prestations sont conditionnées au respect des plafonds définis dans le tableau de garanties.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Vous êtes 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 chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture débute après un délai de 14 jours suivant la signature du contrat, sauf en cas d'accord spécifique mentionné dans le contrat.

La couverture prend fin :

- À la résiliation du contrat ou à son échéance.
- En cas de non-paiement des cotisations ou de changement de régime.

Le contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année en cours 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 mutualiste.



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.
- Le contrat peut aussi être résilié dans les conditions fixées par l'article L221-10-2 du code de la mutualité : résiliation du contrat après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.