

Assurance Mutuelle Santé Individuelle

Document d'information sur le produit d'assurance



Compagnie MALJ

Réassurée avec caution solidaire par le GAMEST,
Union de Sociétés d'Assurance Mutuelle porteuse de l'agrément N°4031208.
Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le code des Assurances

Produit : MUTUELLE SANTE CGSANTE11.19

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. Les niveaux de remboursement sont précisés dans le tableau de garantie inclus dans la documentation précitée.

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

Le produit Mutuelle Santé est destiné à rembourser les frais de santé et les frais d'hospitalisation restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires après intervention du Régime Obligatoire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les garanties et services ont des plafonds de remboursements différents, indiqués au contrat.

LES GARANTIES

Remboursement total ou partiel, selon les cas, des dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité, en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie :

- ✓ **HOSPITALISATION**
 - frais de séjour
 - forfait journalier
 - honoraires médicaux et chirurgicaux
 - honoraires médicaux et chirurgicaux
 - transport
- ✓ **OPTIQUE**
 - équipement simple, complexe ou très complexe relevant du panier « 100% Santé »
 - équipement simple, complexe ou très complexe relevant du panier « tarif libre »
 - lentilles remboursées ou non par le régime Obligatoire
- ✓ **DENTAIRE**
 - soins dentaires
 - prothèses dentaires et orthodontie au titre du panier « 100% santé » et au titre du panier « tarifs libres »
- ✓ **AIDES AUDITIVES:**
 - Aides auditives et à compter du 1/01/2021 aides auditives du panier « 100% santé » et aides auditives du panier « tarifs libres » accessoires, piles et entretien.
- ✓ **SOINS MEDICAUX COURANTS**
 - consultations + visites médicales + analyses + radiologie
 - auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste)
 - pharmacie remboursée par le RO
 - prothèses non dentaire, non optique, non auditive
- ✓ **PREVENTION**
 - pilule micro-dosée ou préservatifs
 - vaccin anti-grippe
 - substituts nicotiniques
 - dépistage de l'ostéoporose
- ✓ **ASSISTANCE**

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de l'adhésion
- ✗ Le remboursement des dépenses de santé ne sera pas effectué lorsque la maladie ou l'accident, les suites et conséquences, résultent :
 - de prestations non indiquées dans cette notice,
 - de dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins,
 - d'actes médicaux prescrits postérieurement à la date de cessation de la garantie, les dates des soins sur le décompte de l'Assurance Maladie faisant foi,
 - de séjours en établissements hospitaliers ne dépendant pas de l'article L 174 - 4 du Code de la Sécurité Sociale,
 - de tous les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie

Les soins, consultations et hospitalisations consécutives à des affections mentales, psychiques ou psychiatriques sont limitées à un remboursement de 100 % du ticket modérateur.



Y'a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises légales sur les boîtes de médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports sanitaires
- ! 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

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! un délai d'attente
 - 6 mois en cas d'hospitalisation par maladie et pour l'optique,
 - 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie et les frais de maternité.
 - 12 mois pour la psychiatrie.

à compter de la date d'affiliation du bénéficiaire assuré, est appliqué
Pendant ce délai d'attente les prestations seront remboursées sur la base de la formule Confort.



Où suis-je couvert(e) ?

- Les garanties s'exercent en France et dans le monde entier, pour autant que l'assurance maladie française prenne ces soins en charge.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

A la souscription du contrat :

- répondre exactement aux questions posées par l'assureur.
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants de toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux, notamment :
 - changements de la situation : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès),
 - changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - changement de profession, arrêt temporaire ou définitif de toute activité professionnelle. Dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation,
 - demandes de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers,
 - bénéfice d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.

Les déclarations de l'assuré doivent parvenir à l'assureur, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements.

En cas de sinistre : La demande de remboursement doit parvenir à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins du Régime Obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).
Les cotisations sont payables suivant les modalités prévues au contrat (prélèvement automatique, chèque, carte bancaire).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début de la couverture Le contrat prend effet à la date indiquée sur les conditions particulières

Il 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 ?

La résiliation doit être demandée, soit par lettre recommandée, soit par déclaration faite contre récépissé auprès de l'assureur ou de son représentant dans les cas et conditions prévus au contrat.

L'assuré peut mettre fin à son contrat notamment :

- à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an, sans frais ni pénalités, dans le respect des dispositions de l'article L 113-15-2 du Code des Assurances,
- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant une lettre recommandée à l'assureur ou à son représentant au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de sa situation personnelle ou professionnelle,
- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire.