Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance
ADREA MUTUELLE - mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – Immatriculation sous le n° 311 799 878
Produit – PROFESSIONS LIBERALES V2

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 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 ?

Cette complémentaire santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime obligatoire (A.M.O.).
Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Le produit permet de bénéficier des exonérations fiscales "Madelin".

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, frais de séjour et de transport, forfait journalier hospitalier, participation assuré, chambre particulière, frais d'accompagnant, frais télévision
- ✓ **Soins courants :** consultations, visites médecins, examens médicaux, radiologies, participation assuré, analyses, auxiliaires médicaux, pharmacie, cures thermales, médecines douces
- ✓ **Optique :** monture, verres, prismes, filtres, lentilles remboursées ou non par l'A.M.O., traitement correctif de la vision
- ✓ **Dentaire :** soins, prothèses, orthodontie, radiologie.
- ✓ **Appareillage :** orthopédie, prothèses et appareillage.
- ✓ **Prévention :** actes de prévention prévus par le contrat responsable.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Radiologies non remboursées par l'A.M.O.

Soins, prothèses, orthodontie et actes dentaires non remboursés par l'A.M.O.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens et les audioprothésistes partenaires).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Soutien à domicile en cas de maladie, accident, maternité ou décès

Les garanties précédées d'une ✓ 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
- ✗ Les traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures et traitements de rajeunissement et de détente, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire.
- ✗ Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O. sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches garanties
- ✗ Les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, sauf précisions contraires dans les fiches « garanties »

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

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! 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 :

- ! **Hospitalisation :**

  Chambre particulière : en ambulatoire : 20 €/jour. Hors ambulatoire : 90 € /jour, limité à 90 jours par année civile.

  Frais d'accompagnant : 50 € /jour, limité à 90 jours par année civile.

  Frais télévision : 3 € /jour, limité à 90 jours par année civile
- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans (de date à date) réduite à 1 an (de date à date) pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire :** plafond variable sur les prothèses dentaires remboursées ou non par l'A.M.O., soins, orthodontie et actes non remboursés par l'A.M.O.

  Les actes hors Classification Commune des Actes Médicaux sont exclus.
- ! **Appareillage auditif :** Forfait par oreille et par bénéficiaire. Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date.
- ! **Médecines douces :** Limité à 3 séances par année civile.

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

- **A l'adhésion :**

- Etre affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français
- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée
- Etre membre de l'association souscriptrice de la garantie
- Etre travailleur non salarié, hors statut de micro-entrepreneur
- Etre à jour du paiement des cotisations dues au titre de l'A.M.O. d'assurance maladie et vieillesse et le justifier.

- **En cours de contrat :**

- Informer la mutuelle de tout changement d'état civil, de domicile, de situation familiale, de coordonnées bancaires et de régime obligatoire d'assurance maladie dans les plus brefs délais et fournir les justificatifs nécessaires
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le règlement mutualiste

- **Pour le versement des prestations:**

- Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.
Le paiement intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion
Les paiements peuvent être effectués par prélèvements, par carte bancaire ou par chèques.
Le paiement des cotisations peut être fractionné au mois, au trimestre ou au semestre.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. La couverture ne peut être rétroactive.

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'adhérent ou par l'association souscriptrice. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants droit) ou cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations.

La couverture cesse au 1er jour du mois suivant la date à laquelle les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.
Lorsque la souscription du contrat a été réalisée intégralement à distance, vous pouvez renoncer à la couverture dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la réception des documents contractuels.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. Il peut également être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

En cas de modification des droits et obligations issus du contrat, celui-ci peut être résilié dans le délai d'un mois suivant la remise par l'association souscriptrice des nouveaux documents contractuels.
La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur des modifications.