

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'Information sur le Produit d'Assurance

COMPAGNIE : **ACORIS Mutuelles :**

Mutuelle immatriculée en France et soumise
aux dispositions du Code de la mutualité.

SIREN N° 780 004 099

PRODUIT : **AD2S SANTÉ**

COMPAGNIE : **MVS groupe MGEL :**

Mutuelle immatriculée en France et soumise
aux dispositions du Code de la mutualité.

SIREN N° 783 332 448



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. Toutes les informations précontractuelles et contractuelles sur le produit sont fournies dans d'autres documents.

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

Il s'agit d'une assurance complémentaire santé collective facultative « responsable » proposant le remboursement total ou partiel des frais médicaux et chirurgicaux consécutifs à une maladie ou à un accident, en complément du régime obligatoire d'assurance maladie pour soi-même et les membres affiliés de sa famille. Cette assurance s'inscrit dans une gestion mutualiste reposant sur des principes démocratiques et solidaires, vous permettant d'y prendre une part active. La garantie est souscrite par AD2S. Chaque sociétaire éligible s'affilie individuellement et facultativement.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des remboursements sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi selon le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

PRINCIPAUX RISQUES ASSURÉS

✓ Hospitalisation et maternité :

Forfait journalier hospitalier, Honoraires du chirurgien, Frais de séjour, Chambre particulière y compris en ambulatoire, Frais de télévision.

✓ Soins courants et prescriptions médicales :

Consultation d'un médecin généraliste, Consultation d'un médecin spécialiste, Examens de radiologie, Auxiliaires médicaux, Pharmacie y compris prescrite non remboursable, Laboratoires.

✓ Frais optiques

Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge et non prises en charge par le Régime Obligatoire

✓ Frais dentaires

Soins dentaires, Prothèses dentaires prises en charge par le Régime Obligatoire (couronnes, bridges, appareils amovibles), Orthodontie prise en charge par le Régime Obligatoire, Détartrage

✓ Appareillages remboursés par la Sécurité sociale

audioprothèses, prothèses et orthèses

✓ Médecine complémentaire (douce)

GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES EN FONCTION DE LA FORMULE

SOUSCRITE

Forfaits parodontologie

Prothèses dentaires non prises en charge par le Régime Obligatoire

Orthodontie non prise en charge par le Régime Obligatoire

SERVICES & ASSISTANCE

- ✓ Toutes les fonctionnalités du Service d'Assistance Santé.
- ✓ Accès aux Réseaux de soins de la Mutualité Française (SSAM).
- ✓ Espace internet personnel et sécurisé.
- ✓ Tiers payant ; Télétransmission.
- ✓ Service de devis (optique, dentaire, audio, dépassement d'honoraires, ...).

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 ou d'invalidité.
- ✗ Les frais de santé non pris en charge par le Régime Obligatoire à l'exception des prestations définies expressément dans le tableau des garanties.
- ✗ Les conséquences du décès : obsèques, rapatriement de corps...



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€
- ! Les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La majoration de participation mise à la charge de l'assuré dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription médicale de son médecin traitant.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Chirurgie esthétique si non prise en charge par le Régime Obligatoire.
- ! Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France
- ✓ Dans les pays membres de l'Union européenne et en dehors de l'UE en cas de séjour temporaire, de transfert de résidence ou pour le travailleur frontalier.
- ✓ 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 ?

- **A la souscription du contrat :**
 - Être affilié au Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
 - Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par l'assureur,
 - Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
 - Payer la première échéance de cotisation.
- **En cours de contrat :**
 - Payer les cotisations,
 - Informer la mutuelle dans les trois mois, des évènements suivants : changement de domicile, modification de la composition familiale, changement de situation et de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, modification du régime obligatoire français d'assurance maladie.
- **En cas de sinistre :**
 - Communiquer sa carte vitale et sa carte de tiers payant aux professionnels de santé,
 - Communiquer les justificatifs des frais de soins, à défaut de télétransmission par le Régime Obligatoire, dans un délai maximum de deux ans à compter de la date de soins ou de la facturation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations annuelles sont payables d'avance, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné mensuel peut toutefois être accordé.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique. La périodicité de paiement mensuelle n'est possible qu'en cas de paiement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet au premier jour du mois de l'envoi ou de la remise du dossier de demande d'adhésion complet si celui-ci a été envoyé ou remis au plus tard le 10 du mois, le cachet de la poste ou l'attestation de dépôt faisant foi. L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant l'envoi ou la remise du dossier de demande d'adhésion complet si celui-ci a été envoyé ou remis après le 10 du mois, le cachet de la poste ou l'attestation de dépôt faisant foi.

Ce contrat ne comporte aucun délai d'attente.

Le contrat est conclu pour une durée expirant au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite automatiquement d'année en année.

La couverture prend fin :

- à votre demande au 1er janvier de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois,
- à votre demande en cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire ou d'admission au bénéfice de l'ACS ou de la CMU-C,
- à la demande de l'assureur, en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au contrat,
- à la demande de l'assureur, en cas de fausse déclaration, en cas de fraude ou de tentative de fraude,
- à votre demande ou celle de l'assureur, en cas de changement de situation personnelle ou professionnelle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, ou un envoi recommandé électronique sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle. La fin de l'Adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.