

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Générale de la Distribution soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le numéro 429 211 469

Produit : PACK 100% COMPLET ACSORE



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. Il prévoit en option des prestations d'assistance.



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 (maladie, maternité)** : frais de séjour, forfait journalier, honoraires chirurgien, anesthésistes, participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, lit d'accompagnant, hospitalisation à domicile hors soins courants et appareillages prescrits.
- ✓ **Soins courants** : honoraires paramédicaux, transport du malade, honoraires médicaux praticiens généralistes ou spécialistes, laboratoire et médicaments remboursé ou non par la sécurité sociale, acte d'imagerie électrothérapie praticien, acte de spécialité et de petite chirurgie, actes techniques médicaux, actes d'échographie praticien, participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds supérieurs à 120€.
- ✓ **Dentaire** : prothèses classe 1 « 100% Santé » sans reste à charge, soins, inlays-onlays prothèses dentaires classe 2 et 3, orthodontie, parodontologie, soins et prévention gencive et os, Inlay core avec ou sans clavette
- ✓ **Optique** : Equipement de classe A « 100% Santé » Equipement de classe B, lentilles prise en charge et non prise en charge par la Sécurité Sociale, chirurgie de l'œil
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives de classe 1 « 100% Santé », aides auditives de classe 2.
- ✓ **Médecine douce** : acupuncteur, aromathérapie, chiropracteur, ergothérapeute, Feng-Shui, homéopathe, hypnothérapeute, kinésiologie, MTC, naturopathe-nutritionniste, phytothérapeute, ostéopathe; étio-pathe, réflexologie, reiki, shiatsu, sophrologue, pédicure
- ✓ **Autres prothèses** : Prothèses médicales, orthopédie, lit médicalisé, fauteuil pour personne à mobilité réduite, bas de contention et compresses sur prescription médicale
- ✓ **Prévention** : psychomotricien, psychothérapeute, psychologue adultes/enfants, diététicien ou nutritionniste agréé, sevrage tabagique prescrit, vaccins prescrits remboursés ou non par le RO
- ✓ **Forfait divers** : Cure thermales, natalité / adoption.
- ✓ **Service** : Réseau Itelis, assistance
- ✓ 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 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! 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 (DPTAM).
- ! Les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique**: la prise en charge de la monture est limitée à 100€ maximum selon l'option choisie.
- ! **Dentaire**: prise en charge des soins dentaires limité à 250% de la base de remboursement de la sécurité sociale selon l'option choisie.
- ! **Médecine douce**: Prise en charge jusqu'à 70% des frais réels - Limité à 42 € / séance maxi 252 € / an / bénéficiaire selon l'option choisie.
- ! **Psychomotricien, psychothérapeute, psychologue** : Prise en charge jusqu'à 70% des frais réels - Limité à 42 € / séance maxi 420 € / an / bénéficiaire selon l'option choisie.



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.
- ✓ Les prestations d'assistance s'appliquent en France métropolitaine, à Monaco et en Andorre.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni 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 :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité Sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 3 mois de survenance :
 - En cas de modification de situation (mariage, naissance, adoption, décès), vous devez fournir à l'assureur les justificatifs attestant de ce changement.
 - Changement de profession (perte d'emploi, départ à la retraite) : 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.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles et payables selon les modalités prévues au contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix, sans frais supplémentaires.
Les paiements peuvent être effectués par 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 au bulletin d'adhésion.

L'adhésion au contrat débute :

- A la date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction sauf en cas de résiliation par l'une des parties selon les modalités fixées aux conditions générales.



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 au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.