

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutualia Territoires Solidaires . Mutuelle immatriculée en France, sous le numéro SIREN 449 571 256. Soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Produit : DIFFUSION SANTE – DS Socle à DS 450



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Les informations complètes sur l'offre sont présentées dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit DIFFUSION SANTE (DS Socle à DS 450) pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent ou ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément d'un régime obligatoire d'Assurance maladie (RO) et le cas échéant, pour couvrir des garanties non prises en charge par le RO. Les formules DS Socle à DS 450 du produit DIFFUSION SANTE sont « solidaires et responsables ». Elles sont compatibles avec le panier de soins minimum dit « ANI » lorsqu'elles sont souscrites par l'employeur dans le cadre d'un régime collectif et obligatoire et peuvent, le cas échéant, être souscrites à titre facultatif par les salariés pour des garanties supérieures



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 dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues :

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds**. Ils ne peuvent dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes d'imagerie et d'échographie, honoraires paramédicaux, analyse et examens de laboratoire, médicaments PEC RO, matériel médical PEC RO, transport PEC RO
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires (médicaux, chirurgicaux), frais de séjour, forfait journalier, hospitalisation à domicile, chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire, forfait d'accompagnement de l'enfant, forfait maternité
- ✓ **Optique** : équipements 100% santé et à tarifs libres, lentilles PEC RO ou non PEC RO, autres prestations optiques 100% santé et à tarifs libres
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé, orthodontie PEC RO
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) et équipements à tarifs libres
- ✓ **Cures thermales PEC RO** : soins, forfait thermal, transport, hébergement pris en charge par le RO
- ✓ **Prévention** : actes de prévention pris en charge par le RO, diagnostic prostate
- ✓ **Bien être** : forfait médecine douce

Les garanties prévues à partir de la DS250 :

- ✓ **Soins courants** : analyse non PEC RO
- ✓ **Optique** : chirurgie réfractive
- ✓ **Dentaire** : prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, implants et parodontologie non PEC RO, orthodontie non PEC RO
- ✓ **Prestations complémentaires** : pharmacie non PEC RO, homéopathie, pilules contraceptives, traitement oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, vaccins prescrits non PEC RO.

Les services systématiquement prévus :

- ✓ **Réseau de soins optique carte blanche**
- ✓ **Mutualia Assistance** : assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation (aide-ménagère, livraison de médicaments, garde d'enfant, etc.)

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement proposées par le contrat, quelle que soit la formule souscrite.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet du contrat et après sa date de résiliation
- ✗ Les prestations non prises en charge par l'assurance maladie et non expressément prévues dans le tableau des garanties



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

Les principales exclusions du contrat

- ! La participation forfaitaire et les franchises prévues sur les médicaments, les transports, les actes médicaux et paramédicaux
- ! Les majorations de participation appliquées par l'Assurance maladie pour non-respect du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les principales restrictions :

- ! **Forfait accompagnement de l'enfant** : pour les enfants de moins de 16 ans
- ! **Equipements optiques** : limité à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de 2 ans. Cette période est réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 16 ans et à 6 mois pour les enfants de moins de 7 ans, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
- ! **Lentilles PEC RO** : forfait par période annuelle, une fois le forfait intégralement consommé, prise en charge à hauteur du ticket modérateur
- ! **Equipements audioprothèse** : à compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans.
- ! **Forfait médecine douce par acte** : limité à 3 actes par an et par bénéficiaire



Où suis-je assuré ?

- ✓ En France et à l'étranger
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, le contrat intervient uniquement dans les cas et sur la base de remboursement d'un régime d'assurance maladie obligatoire.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, de leur nullité ou de non couverture :

A la souscription du contrat

L'employeur devra :

- Fournir l'ensemble des pièces et informations nécessaires à la souscription et exigé par le contrat (tels que : copie de l'acte fondateur ; état nominatif ; Bulletins individuel d'affiliation ; extrait kbis de moins de de trois mois) ;

Le salarié devra : remplir et signer le bulletin individuel d'affiliation et fournir l'ensemble des éléments qui y sont visés.

En cours de contrat

L'employeur devra :

- Déclarer à Henner, sous un délai de 15 jours, toute modification de l'acte fondateur du régime, toute évolution de sa situation juridique (acquisition, vente, fusion, changement d'accord collectif, etc.), de l'existence de procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ;
- Remettre la notice d'information aux salariés, les statuts et le cas échéant, le règlement intérieur de la mutuelle, et informer ceux-ci en cas de modifications et communiquer à Henner les événements en cours d'année et pièces nécessaires à la bonne gestion du contrat que le salarié lui aura transmis
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

Le salarié devra :

- Déclarer à son employeur toutes modifications intervenant dans sa situation (fin de cas de dispense d'adhésion changement de situation familiale, de régime obligatoire, d'adresse, etc.)
- Payer les cotisations facultatives le cas échéant

En cas de sinistre

- Fournir les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations
 - Faire parvenir les demandes de remboursement dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de réalisation de l'acte
- Informez Henner de tous accidents ou agressions causés par une tierce personne et dont vous ou vos ayants droit seriez victimes.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations de la formule obligatoire, souscrite par l'employeur sont annuelles. Elles sont dues par l'employeur, à terme échu ou à échoir, mensuellement, trimestriellement ou annuellement, selon les modalités fixées aux conditions particulières du contrat.
- Les cotisations des éventuelles formules facultatives, souscrites par le salarié :
 - En cas de précompte, sont annuelles et dues par l'employeur
 - En l'absence de précompte, sont dues par le salarié et prélevées mensuellement sur leur compte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Prise d'effet du contrat :

- Le contrat prend effet le 1er jour suivant la date indiquée aux conditions particulières. Il est valable pour l'année civile, à partir de sa date d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Prise d'effet des garanties

- Les garanties de la formule obligatoire, souscrite par l'employeur s'appliquent à compter :
 - la date d'effet du contrat pour les salariés présents à l'effectif de l'entreprise ou ;
 - à la date de début de leur contrat de travail pour les salariés embauchés après la date de prise d'effet du contrat ;
 - ou à la date à laquelle le salarié qui bénéficiait d'une dispense cesse d'en bénéficier.
- Les garanties de la formule facultative, souscrite par les salariés s'appliquent à compter de la date d'effet fixée au bulletin d'affiliation.

Fin des garanties

- A la date de résiliation du contrat, lorsque le salarié ne remplit plus les conditions requises d'adhésion prévues au contrat ou à la fin du maintien de garanties dont il a pu bénéficier



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Résiliation annuelle

- Le contrat peut être résilié annuellement par l'employeur par l'envoi d'un courrier recommandé au siège de Diffusion Santé (470 rue des Grillères – 01 580 Matafelon Granges) avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier qui suit.
- Le salarié peut résilier son adhésion à une formule facultative par l'envoi d'un courrier recommandé au siège Diffusion Santé avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier qui suit.

Résiliation spécifique

Un droit de renonciation est possible pour le salarié en cas de vente à distance ou de démarchage dans les conditions et délais prévus dans la notice d'information