

Nom du produit : SERENITE

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. Ce document complète le règlement mutualiste et le tableau de garanties qu'il est **impératif de lire et de maîtriser** pour connaître le montant des prestations qui vous sont personnellement consenties, ainsi que le détail et le libellé complet et exact de toutes les garanties et exclusions de votre contrat.

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 du régime obligatoire français. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des bénéficiaires du contrat.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **L'hospitalisation** : Hébergement (*le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour hôpitaux conventionnés et non conventionnés, la chambre particulière*, chambre particulière en ambulatoire, le forfait actes lourds, forfait téléviseur durant l'hospitalisation, frais d'accompagnement**), honoraires (*chirurgie, anesthésie, maternité*).
- ✓ **L'optique (y compris le 100% santé)** : Équipement adulte et enfant (*monture + verres*), compléments optiques hors 100% santé (*adaptation et appairage, autres compléments, lentilles prescrites, forfait basse vision, chirurgie réfractive et implant intraoculaire*).
- ✓ **Le dentaire* (y compris le 100% santé)** : (remboursements limités hors ticket modérateur, par bénéficiaire) (avec plafond pour l'ensemble des actes dentaires), soins dentaires hors 100% santé (*soins dentaires, inlays-onlays*), prothèses dentaires hors 100% santé (*prises en charges par le régime obligatoire ou non, inlays core, prothèses dentaires provisoires*), implantologie (*implantologie, radio 3D cone beam*), orthodontie (*prise en charge ou non par le régime obligatoire*), parodontologie (*maladies parodontales*).
- ✓ **Les soins courants** : Honoraires médicaux (*généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux*), imagerie et analyses médicales (*radiologie, échographie, doppler, acte de biologie*), honoraires paramédicaux (*auxiliaires médicaux, transport pris en charge par le régime obligatoire*), médicaments (*pharmacie remboursée par le régime obligatoire*), matériel médical (*appareillage, orthopédie, véhicule pour personne à mobilité réduite**).
- ✓ **Les aides auditives (y compris le 100% santé)** : appareillage auditif, entretien et piles.
- ✓ **La cure thermique** : Soins, hébergements.
- ✓ **Le pack prévention - médecines douces** : Tout moyen de contraception sur prescription médicale, vaccin prescrit antigrippe, ostéodensitométrie, sevrage tabagique (*avec prescription médicale*), consultation chez un diététicien*, les consultations (*acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiope, kinésithérapeute, kinésologue, homéopathe, naturopathe, heilpraktiker hygiéniste (hors médicaments), ergothérapeute, psychomotricien, pédicure, podologue*).
- ✓ **L'aide-ménagère** (acceptée par le régime obligatoire, la CAF ou le Conseil Départemental).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Le pack prévention – médecines douces : La pharmacie et l'homéopathie prescrites non remboursées par le régime obligatoire*.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Le tiers payant pour éviter l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ✓ L'espace adhérent sur le site internet de la mutuelle.
- ✓ L'application mobile MCA.
- ✓ Le service MEDAVIZ de téléconsultation pour l'année 2021.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ **MCA Assistance et Protection Juridique Santé**

Les garanties avec la coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

* Garanties soumises à restrictions



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 conséquences du décès : obsèques, rapatriement de corps...



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€.
- ! Les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! La majoration de participation mise à la charge de l'assuré pour non-respect du parcours de soins dans les trois cas suivants :
 - 1- L'absence de choix d'un médecin traitant par l'assuré
 - 2- L'assuré consulte un médecin sans prescription de la part de son médecin traitant
 - 3- L'assuré refuse l'accès à son dossier médical à un professionnel de santé qui voudrait le compléter

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Un délai d'attente de douze (12) mois appliqué pour le fauteuil pour personne à mobilité réduite à compter de la date d'effet de l'adhésion.**
- ! **Consultation chez un diététicien pour les plus de 16 ans.**
- ! **Le remboursement des actes dentaires soumis à un plafond annuel par bénéficiaire.**
- ! **Les frais d'accompagnement non pris en charge pour les personnes âgées de plus de 16 ans et de moins de 65 ans.**
- ! **La chambre particulière est limitée à : - 30 jours/an/bénéficiaire pour la psychiatrie - 89 jours/an/bénéficiaire pour les maisons de repos et la rééducation fonctionnelle.**
- ! **La pharmacie dans le cadre du pack prévention – médecines douces concerne les médicaments dont le taux de TVA est inférieur à 20% et qui figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.**



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France Métropolitaine et départements d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, St Martin, Réunion, Guyane et Mayotte),
- ✓ A l'étranger, à la condition d'une prise en charge d'un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat

- Respecter les conditions de souscription du contrat,
- Régler la cotisation selon les échéances prévues par le 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 deux (2) ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire français
- Informer la mutuelle des événements suivants dans les trente (30) jours qui suivent la connaissance que l'adhérent a de l'un de ces événements :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité français,
 - Changement de profession : dans ce cas, l'adhérent doit fournir à la mutuelle 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 payables d'avance annuellement, fractionnables par semestre, trimestre ou mois. Si la périodicité est mensuelle, seul le prélèvement automatique est autorisé.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation dans les cas et conditions prévues au contrat.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de quatorze (14) jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée à la mutuelle par courrier recommandé avec accusé de réception ou lettre recommandée électronique :

- Au 31 décembre de chaque année moyennant un préavis de deux mois avant cette date (c'est-à-dire avant le 31 octobre).
- Dans les 20 jours qui suivent la réception de l'avis d'échéance annuel.
- A tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription au contrat, sans frais ni pénalités.