Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance Mutuelle : Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie, régit par le code de la mutualité Livre II.

26 rue Fortuny 75017 PARIS -SIREN 784 718 355 Produit : LPA SANTE RENFORTS



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 précontractuelle 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 LPA SANTE RENFORT 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. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française et du contrat de base LPA SANTE. Ce produit est composé de 4 renforts de garanties .En fonction des garanties choisies, le produit s'inscrit hors du cadre du dispositif législatif relatif aux « contrats responsables ».



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES SELON LES NIVEAUX DE RENFORTS SOUSCRITS:

- ✓ Hospitalisation/ Soins courants: honoraires, chambre particulière, frais accompagnant, télévision,
- ✓ radiologie, consultations. Optique/Dentaire: soins, prothèses dentaires, monture verres, lentilles.
- Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, cryothérapie, étiopathe, diéteticien, pédicure, podologue, psychologue, ostéodensitométrie, homéopathe.
- Participation aux frais obsèques.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES:

Soins courants : médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30%, 15%, médicaments ou actes prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale (y compris vaccins), matériel médical pris en charge par la Sécurité sociale, moyens contraceptifs féminins non pris en charge par la Sécurité sociale.

Aides auditives : appareils pris en charge par la Sécurité sociale **Transport**

Médecines non conventionnelles : réalisées par un praticien inscrit sur un répertoire des professionnels de santé en France. **Cures thermales**

Dentaire: implant/orthodontie/prothèse dentaire/parodontologie

Les garanties précédées d'une coche 🗹 sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- X Les soins recus en dehors de la période de validité du contrat. X Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- X Séjour et frais relatifs aux établissements sociaux, médicosociaux, médico-pédagogiques (comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), de long séjour et pour personnes âgées.



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

Principales exclusions:

- La participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et à certains examens médicaux, et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et frais de transport.
- La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

Principales restrictions:

- Soins dentaire : Plafond de remboursement selon le nombre d'années de souscription .
- Optique : Lunettes limitées à une paire tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue). Lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale et chirurgie réfractive, limitées à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.
- Prévention/médecine douce : Prestations Limitées à une séance par an/bénéficiaire.
- Frais Obsèques : limités à la dépense engagée.



Où suis-je couvert(e)?

Les participants sont couverts en France et à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est effectué selon les modalités de prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français et dans la limite des frais engagés.



Quelles sont mes obligations?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'entreprise ou le participant en cas de couverture facultative, a l'obligation de :

A la souscription du contrat et sous peine de non-garantie :

- Fournir les documents justificatifs demandés par l'assureur, par tout moyen mis à disposition.
- Fournir un Bulletin Individuel d'Affiliation complété et signé.
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation indiquée au contrat).

En cours de contrat :

- Informer l'assureur dans les plus brefs délais de l'un des événements suivants :
 - Changement dans la situation des participants, changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie.
 - Changement de statut professionnel.
- Payer les cotisations.



Quand et comment effectuer les paiements?

Les cotisations sont payables mensuellement/trimestriellement/semestriellement/annuellement d'avance, par prélèvement bancaire ou chèque. Le paiement des cotisations doit être effectué au plus tard dans les dix jours suivant leur échéance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion.

Les garanties prennent fin :

- en cas de cessation du paiement des cotisations ou en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude,
- en cas de résiliation du contrat de Base .



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat sera automatiquement résilié en cas de résiliation du contrat socle obligatoire et ce, à la même date.

- Le contrat peut être résilié :
- -En cas de révision des dispositions du contrat et notamment des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 2 mois suivant leur notification.
- -A compter du 13 ème mois d'affiliation sous réserve d'une demande adressée au Centre de gestion : soit par lettre simple ou tout autre support durable ; Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ; Soit par acte extra judiciaire ; Soit par le nouvel organisme complémentaire par voie postale .