

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle : PLEYEL SANTE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN : 784 451 569

187 boulevard Anatole France - 93200 SAINT DENIS

Produit : AGIR SANTE



**Le 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 et le renvoi des garanties.**

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

Le produit AGIR SANTE est un contrat d'assurance complémentaire santé destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des bénéficiaires du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient principalement en complément de la Sécurité sociale mais couvre également des prestations non prises en charge par cet organisme. Les garanties respectent les conditions légales d'un contrat responsable. Ce contrat est ouvert à l'adhésion à partir de 55 ans et jusqu'à 75 ans ou 80 ans (âge par différence de millésime) selon la garantie choisie.



## 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 des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, télévision, lit d'accompagnement pour l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans et transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, actes techniques médicaux, auxiliaires médicaux, radiologie, analyses de laboratoire, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré ou faible (remboursée à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais d'optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, opération des yeux par laser
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, parodontologie, implantologie, blanchiment dentaire
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Bien-être et prévention** : liste complète à consulter dans le tableau des garanties

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant intégral
- ✓ Télétransmission
- ✓ Analyse de devis
- ✓ Espace personnel sur le site internet de la mutuelle
  - Accès à vos informations personnelles
  - Consultation et téléchargement des garanties et des documents contractuels
  - Consultation des cotisations et des remboursements
  - Géolocalisation des professionnels de santé
  - Formulaire de demande de prise en charge hospitalière
- ✓ Espace personnel sur l'application mobile (iOS & Android)
  - Accès à vos informations personnelles
  - Consultation et téléchargement des garanties et des documents contractuels
  - Consultation des cotisations et des remboursements
  - Géolocalisation des professionnels de santé
  - **Envoi de documents**
  - **Accès à la carte de tiers payant (visualiser, imprimer et partager)**

### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Garantie assistance à domicile incluse

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 soins non pris en charge par le régime de base de Sécurité Sociale (à l'exception des soins garantis dans le tableau des garanties selon le niveau de garantie choisi)
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ 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
- ✗ La chambre particulière en ambulatoire, en psychiatrie et en gériatrie
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



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

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! 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.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

Certaines prestations peuvent faire l'objet d'un délai de carence, d'une limitation en montant, en quantité et/ou en durée. Consultez le tableau des garanties. Par exemple :

- ! **Chambre particulière** : limitée à 90 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire (dont 30 jours en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation dès lors que le séjour est immédiatement consécutif à une hospitalisation médicale ou chirurgicale)
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans à compter de la date du dernier achat, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger (actes, soins, séjours hospitaliers, honoraires, transports ou achats de produits), la mutuelle intervient, dans la limite de la garantie souscrite, en complément d'une prise en charge effective du Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie au titre des « soins à l'étranger ». Dans ce cadre les frais de séjour en hospitalisation seront limités à 100% de la base de remboursement (Sécurité sociale comprise) pendant 30 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire. **Il est donc fortement conseillé de souscrire à titre personnel une assurance complémentaire pour les frais de santé.**



## Quelles sont mes obligations ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

### En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins
- Informer la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les deux mois qui suivent l'événement :
  - changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
  - changement de profession : dans ce cas, l'assuré 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.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (mensuel, trimestriel, semestriel).

Les paiements sont effectués par prélèvement automatique le 10 de chaque mois d'échéance.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

**La date d'effet du contrat est fixée au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion** par la mutuelle accompagnée des pièces justificatives.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage, l'assuré dispose d'un **délai de rétractation de 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).

**L'adhésion est souscrite pour une durée initiale de 1 an minimum.** Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. **La résiliation ne peut intervenir qu'après 1 année minimum d'adhésion.**

**Le changement de garantie ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire du contrat. Lors du changement de garantie, la durée d'adhésion à la garantie précédemment souscrite n'est pas prise en compte.**



## Comment puis-je résilier le contrat ?

### Vous pouvez mettre fin au contrat :

- **En nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année ou après la 1<sup>ère</sup> année d'adhésion dans le cadre de la loi du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais dite résiliation infra-annuelle.**
- 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 ou un envoi recommandé électronique dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification (cachet de la poste faisant foi).