

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 - Retraités français résidant fiscalement au Maroc

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 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 en complément de la Sécurité sociale, de la CNSS et de la CFE mais couvre également des prestations non prises en charge par ces organismes. Les garanties respectent les conditions légales d'un contrat responsable. Ce contrat est ouvert à l'adhésion 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
- ✓ **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, la CNSS ou la CFE** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Bien-être et prévention** : liste complète à consulter dans le tableau des garanties

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant intégral en France
- ✓ Télétransmission en France
- ✓ Analyse de devis en France (Maroc sous condition de réception du devis CNSS ou CFE)
- ✓ Espace personnel sur le site internet de la mutuelle et application mobile (iOS & Android)
 - Accès aux informations personnelles
 - Consultation et téléchargement des garanties et des documents contractuels
 - Consultation des cotisations et des remboursements
 - Géolocalisation des professionnels de santé en France
 - **Application mobile uniquement : envoi de documents**
 - **Application mobile uniquement : accès à la carte de tiers payant pour la France (visualiser, imprimer, partager)**
- ✓ Assistance rapatriement en cas d'accident, de maladie ou de décès (France, Espagne, Maroc)



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 la Sécurité sociale, la CNSS ou la CFE (à l'exception des soins garantis dans le tableau des garanties selon le niveau de garantie choisi)
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements 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 CNSS ou la CFE
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ La chambre particulière en ambulatoire, en psychiatrie et en gériatrie



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 en France** : 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)
- ! **Frais de séjour et chambre particulière au Maroc** : limités à 30 jours par événement médical et dans le cadre du réseau de l'assistanteur
- ! **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(e)?

- ✓ En France et au Maroc (en dehors de ces 2 pays il est nécessaire de souscrire à titre personnel une assurance complémentaire pour les frais de santé)
- ✓ **La garantie d'assistance fonctionne en France, au Maroc et en Espagne (en dehors de ces 3 pays il est nécessaire de souscrire à titre personnel une garantie d'assistance)**



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

- **En cas d'hospitalisation programmée au Maroc l'appel préalable à l'assisteur est la règle (si possible 10 jours avant la date prévue de l'hospitalisation). Si l'adhérent est couvert par la CNSS, cette dernière émet un devis. Sur la base de ce devis, l'assisteur intervient en complément, dans la limite de la garantie souscrite. Le montant dû par la CNSS est versé directement à l'établissement hospitalier**
- 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 PLEYEL SANTE dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins
- Informer la mutuelle des évènements suivants, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les deux mois qui suivent l'évènement : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires (Sécurité sociale, CNSS ou CFE), changement de compte bancaire. Joindre impérativement les justificatifs



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (mensuel, trimestriel, semestriel)

Les paiements sont effectués par prélèvement automatique sur un compte bancaire français le 10 de chaque mois d'échéance ou exceptionnellement par carte bancaire (dans le cas d'un fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel)



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 et du règlement. 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** à la Mutuelle, allant de la date de prise d'effet jusqu'à la première échéance annuelle, située 12 mois ou plus après cette date d'adhésion, au 1er janvier de chaque année, après respect d'un délai de préavis de 2 mois

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 :

- **A la fin de l'année civile, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date**
- En cas de modification de votre situation personnelle 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)